

Casos Clínicos en Medicina Oral.

01 Patología mucosa no infecciosa



Antonio Bascones

Índice

- 1.1 Tatuaje por amalgama
- 1.2 Tatuaje por amalgama
- 1.3 Melanosis
- 1.4 Papilitis foliada
- 1.5 Úlcera traumática
- 1.6 Estomatitis Aftosa recurrente herpetiforme
- 1.7 Estomatitis Aftosa recurrente mayor
- 1.8 Estomatitis Aftosa recurrente sutton
- 1.9 Líquen plano oral
- 1.10 Líquen plano oral atrófico erosivo
- 1.11 Líquen plano oral y cutáneo
- 1.12 Líquen plano oral malignización
- 1.13 Lupus eritematoso discoide
- 1.14 Gingivitis descamativa asociada a penfigoide cicatricial
- 1.15 Penfigoide mucosas
- 1.16 Penfigo vulgar
- 1.17 Gingivitis descamativa asociada a pénfigo vulgar
- 1.18 Erupción fija medicamentosa
- 1.19 Eritema exudativo multiforme
- 1.20 Eritema exudativo multiforme
- 1.21 Eritema exudativo multiforme
- 1.22 Hiperplasia fibroepitelial
- 1.23 Granuloma piógeno
- 1.24 Granuloma piógeno y odontoma compuesto periférico
- 1.25 Granuloma piógeno asociado a epulis fissuratum
- 1.26 Granuloma gravídico
- 1.27 Granuloma periférico de células gigantes
- 1.28 Granuloma de células gigantes asociado a un implante dental
- 1.29 Tumor de células granulosas
- 1.30 Hemangioma cavernoso
- 1.31 Schwanoma
- 1.32 Leucoplasia homogénea
- 1.33 Leucoplasia homogénea
- 1.34 Leucoplasia no homogénea
- 1.35 Eritroplasia
- 1.36 Eritroplasia
- 1.37 Carcinoma oral de células escamosas
- 1.38 Carcinoma oral de células escamosa
- 1.39 Carcinoma oral de células escamosas
- 1.40 Carcinoma oral de células escamosas
- 1.41 Carcinoma oral de células escamosas
- 1.42 Carcinoma epidermoide
- 1.43 Carcinoma verrucoso
- 1.44 Carcinoma verrucoso

1.1 Tatuaje de amalgama

Otero Rey E., Peñamaría Mallón M., Blanco Carrión J., Blanco Carrión A.
Facultad de Odontología. Universidad de Santiago de Compostela.

HISTORIA CLÍNICA

Mujer, 43 años, consulta por la presencia de una mancha oscura en la mucosa alveolar a nivel del incisivo lateral superior izquierdo, de aproximadamente 10 años de evolución. No presenta antecedentes personales ni familiares de interés. La paciente refiere que fue sometida a un tratamiento quirúrgico en la zona afectada hace 12 años.

EXPLORACIÓN

A la exploración física se observa una mácula solitaria a nivel de la encía superior y mucosa alveolar izquierda, de coloración grisáceo–negra. No se observan cambios de integridad ni de consistencia de la mucosa afectada (Fig 1 y 2) y no ha sufrido cambios desde su inicio. La paciente refiere ausencia de sintomatología.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Lesiones vasculares. Lesiones melanóticas. Tatuaje de amalgama

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realizaron pruebas de vitropresión, siendo éstas negativas.

Se realizó un estudio radiográfico (radiografía periapical) en el cual se puede observar la presencia de partículas metálicas (amalgama) en relación con la raíz del incisivo lateral superior izquierdo. Así mismo, observamos como este diente ha sido tratado mediante una apiceptomía y posterior obturación retrógrada con amalgama. (Fig. 3)

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Tatuaje de amalgama.

CLAVES DIAGNÓSTICO

Aspecto clínico, localización, radiografía.



Fig. 1. Mácula oscura en encía alveolar a nivel del lateral y canino superior izquierdo.

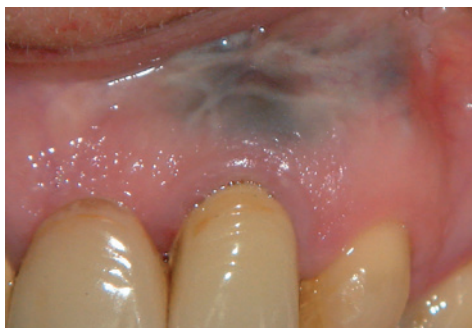


Fig. 2. Detalle de la lesión.

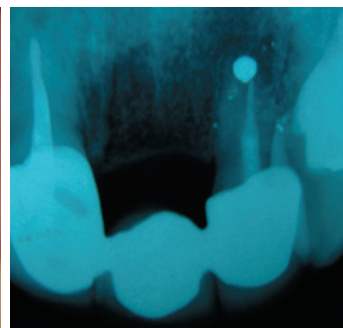


Fig. 3. Aspecto radiográfico de la lesión donde se aprecian restos de amalgama incrustados en la mucosa.

1.2 Tatuaje por amalgama

Viñals Iglesias H.
Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente del sexo femenino de 26 años que presenta una mancha oscura en la encía. Explica que la lesión no la presentaba anteriormente y se la detectó hace unos tres meses tras acudir a su dentista para que le curara una caries.

No toma ningún tratamiento de forma continuada.

EXPLORACIÓN

Se trata de una lesión plana de color negro-grisáceo y de bordes bien definidos (fig. 1). No tiene aspecto inflamatorio ni da síntomas a la palpación.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Nevus oral: lesión circunscrita de coloración negro-azulada, lisa o ligeramente sobreelevada. Se localiza sobretodo en el paladar, labios y mucosa yugal. Su diferenciación es histológica en función de la ubicación de las células melánicas en los distintos estratos tisulares (corion, límite epitelio-coriónico o ambos). Siempre deberemos excluir la presencia de un melanoma.
- Tatuaje por amalgama: manchas negro-azuladas, cercanas a una obturación con amalgama de plata. No es necesario un diagnóstico histológico, sino que simplemente se precisa una radiografía de la lesión.
- Hiperpigmentación racial: manchas melánicas hipercrómicas y fisiológicas por acúmulo de melanina en los estratos basales del epitelio. Son más patentes en la encía adherida de individuos de piel oscura.
- Otras causas de hiperpigmentación oral: Enfermedad de Addison, Sd. de Peutz-Jeghers, intoxicaciones por metales pesados... todas ellas se acompañan de otras alteraciones de tipo endocrino, digestivo,...

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se le realizó una radiografía periapical que mostramos en la imagen (fig. 2).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Tatuaje por amalgama

CLAVES DIAGNÓSTICO

Aspecto clínico de la mancha/ antecedente de obturación dentaria con amalgama de plata en la zona contigua a la lesión /imagen radiográfica



Fig. 1. Mancha negruzca en la encía adherida de la zona premolar.



Fig. 2. Radiografía periapical de la lesión.

1.3 Melanosis mucosa

Esparza Gómez* G., Cerero Lapiedra* R., Cancela Rodríguez* P., Aguirre Urizar JM**

* Departamento de Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid.

**Departamento. de Estomatología. Unidad de Patología Oral y Maxilofacial. Universidad del País Vasco / EHU

HISTORIA CLÍNICA

Una mujer de raza blanca de 76 años, desdentada total, acude a su dentista refiriendo que desde hace aproximadamente un mes ha observado unas manchas oscuras en el interior de la cavidad bucal, que no le provocan ninguna sintomatología. No es fumadora y carece de otros antecedentes de interés.

EXPLORACIÓN

Se observó la presencia en las zonas retrocomisurales de ambas mucosas yugales de numerosas máculas de color parduzco oscuro de diferentes tamaños (aprox. 5 mm. de diámetro de media). Eran de carácter plano, bien delimitadas y asintomáticas (Figs. 1 y 2).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tatuaje por amalgama, nevus, síndrome de Peutz-Jeghers, melanosis del fumador, melanosis inducida por drogas, melanosis étnica.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se procedió a realizar una biopsia mediante “punch” de dos zonas de la mucosa yugal izquierda que incluían varias máculas y se envió para su estudio microscópico.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Melanosis mucosa

CLAVES DIAGNÓSTICO

Las máculas pigmentadas múltiples suelen mostrar histopatológicamente el depósito de melanina y cierto grado de incontinencia melánica (Figs. 3,4 y 5). La biopsia sirve para confirmar la naturaleza benigna del proceso. El diagnóstico puede favorecerse por el hallazgo de otros signos específicos (cutáneos, digestivos, endocrinos,...) y por determinados hallazgos en analíticas y pruebas complementarias.



Fig. 1. Numerosas máculas de color oscuro, planas, en mucosa yugal izquierda.

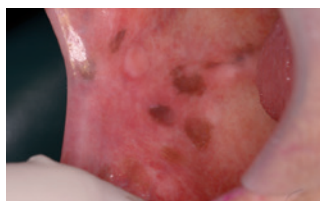


Fig. 2. Máculas similares en mucosa yugal derecha.

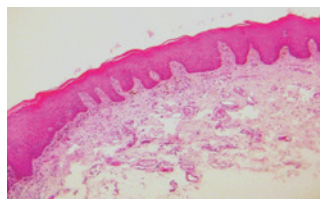


Fig. 3. Acúmulos de melanina en epitelio y conectivo.

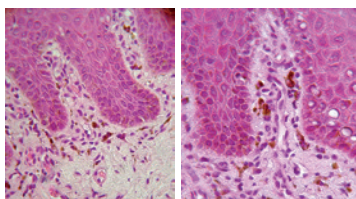


Fig. 4 y 5. Depósito de melanina en epitelio y en los macrófagos del conectivo.

1.4 Papilitis foliada

Bullón Fernández P.
Departamento de Estomatología. Facultad de Odontología.
Universidad de Sevilla

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 52 años que refiere molestias en zona lateral izquierda posterior de la lengua, desde hace un año. Estas molestias son sobre todo al tragar. Nos refiere que fue a su médico de cabecera que la remitió al otorrinolaringólogo, le hicieron una biopsia y le diagnosticaron un pólipo. No presenta antecedentes sistémicos de interés ni está consumiendo ningún tipo de medicación.

EXPLORACIÓN

Exploración extraoral sin datos de interés. Exploración intraoral: ausencia de algunos dientes, varias restauraciones, cantidad apropiada de saliva, mucosa normal con zonas con ligera gingivitis y en tercio posterior del lateral izquierdo de la lengua se observa un nódulo que sobresale ligeramente de la superficie, de color algo mas rojo (Fig. 1). A la palpación se aprecia una mayor consistencia, pero sin induración. El lado contralateral de la lengua no presenta alteraciones. No presenta adenopatías.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se revisa la histología en la cual se aprecia un tejido linfoide en criptas (Figs. 2 y 3).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Papilitis foliada.

CLAVES DIAGNÓSTICO

Revisión de la histología y evolución de la lesión sin alteraciones desde hace un año.

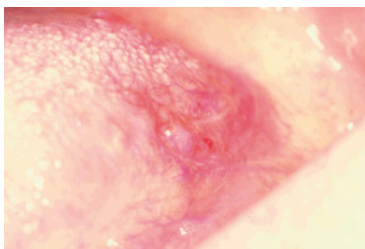


Fig. 1. Área irregular y eritematosa en tercio posterior lateral de la lengua.

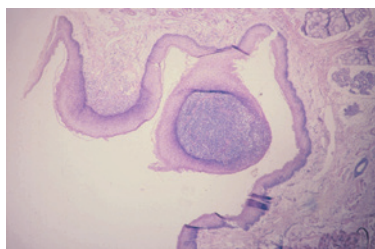


Fig. 2. Tejido linfoide en cripta.

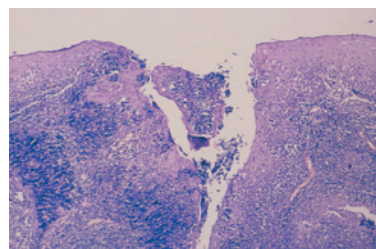


Fig. 3. Tejido linfoide.

1.5 Úlcera traumática

Bullón Fernández P.
Departamento de Estomatología. Facultad de Odontología.
Universidad de Sevilla

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 9 años que solicita atención de urgencia por parte de la madre a primera hora de la mañana. Refiere, que sin ningún síntoma previo, le han aparecido de madrugada unas úlceras en el labio que al principio no le dolían pero que poco a poco le ha aumentado el dolor. No refiere antecedentes sistémicos de interés, ni de patología oral previa.

EXPLORACIÓN

Se trata de una erosión de unos 3 cm. de diámetro que afecta a la cara interna del labio inferior en el lateral derecho (Fig.2). El labio se presenta edematoso y aumentado ligeramente de tamaño (Fig. 1).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Aftas.
Traumas.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se pregunta a la madre si ha tenido algún trauma y lo niega. Tras insistir lo único que refiere es que ayer por la tarde fue al dentista y que le hicieron una obturación en el cuadrante inferior derecho.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Mordisqueo por anestesia.

CLAVES DIAGNÓSTICO

Aparición brusca de la lesión, que le empieza a doler poco a poco, ausencia de manifestaciones sistémicas y un adecuado interrogatorio.



Fig. 1. Edema del labio inferior.



Fig. 2. Erosión cara interna del labio inferior.

1.6 Estomatitis aftosa recurrente, forma herpetiforme

Palacios Sánchez B., Esparza Gómez G., Cerero Lapiedra R.,
Departamento de Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología. Universidad
Complutense de Madrid.

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 22 años acude a consulta relatando la aparición de episodios repetidos y continuos de úlceras en la cavidad oral (siete brotes en total) desde hace algo más de un año. Refiere que el episodio actual es el más severo de todos y comenzó hace 5 días. Las lesiones le producen mucho dolor y le dificultan comer con normalidad.

El paciente no fuma ni bebe alcohol. Lleva colocado un “piercing” de plástico en la lengua. Su higiene oral es aceptable. Ha presentado déficit de hierro sérico en varias analíticas consecutivas y el resto de antecedentes sin interés.

EXPLORACIÓN

Se observan múltiples e incontables úlceras de pequeño tamaño, de 1 a 4 mm, localizadas en ambas mucosas yugales (Fig. 2 y 3), mucosas labiales (Fig. 1), suelo de la boca, cara ventral y bordes laterales de la lengua. Todas presentan características similares: son redondeadas, rodeadas de un halo eritematoso y muy dolorosas a la exploración. Tienden a confluir entre sí y formar lesiones de aspecto más grande.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Herpes recurrente intraoral

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

El diagnóstico, como en los demás tipos de estomatitis aftosa recurrente, es clínico y se basa en la observación directa de las lesiones (que asientan en mucosa no queratinizada) y en la recurrencia de los brotes, ya que la histopatología y otras pruebas complementarias son inespecíficas.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Estomatitis aftosa recurrente, forma herpetiforme.

CLAVES DIAGNÓSTICO

El cuadro que puede prestarse a mayor confusión es el herpes recurrente intraoral, pero en este caso las ulceraciones son siempre secundarias a la rotura de vesículas típicas del proceso viral y asientan en zonas de mucosa queratinizada: paladar y encía insertada.



Fig. 1. Ulceraciones en mucosa labial superior.



Fig. 2. Lesiones en mucosa yugal izquierda.



Fig. 3. Lesiones en mucosa yugal derecha.

1.7 Estomatitis aftosa recurrente, forma mayor

Esparza Gómez G., Cerero Lapiedra R. Palacios Sánchez B.
Departamento Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología. Universidad
Complutense de Madrid.

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 60 años que refiere la presencia de una gran úlcera al lado de la curula de 3 semanas de evolución que le produce dolor a la ingesta tanto de sólidos como de líquidos. En otras ocasiones ha tenido lesiones similares que han tardado hasta 6 semanas en desaparecer. Es fumadora de 4-5 cigarrillos diarios, bebedora ocasional y mantiene una buena higiene oral. En tratamiento de osteoporosis (Calcio Sandoz® Forte) e hipotiroidismo (Eutirox® 100). Resto de antecedentes sin interés.

EXPLORACIÓN

Se observa una úlcera de unos 2 cm. de diámetro localizada entre los pilares amigdalinos del lado derecho, plana, rodeada de un halo eritematoso. Muy dolorosa al tacto.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Carcinoma oral
Úlcera asociada a fármacos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Puede plantearse la duda con alguna úlcera mayor aislada y persistente, en cuyo caso y para descartar otros procesos, particularmente el cáncer oral, puede estar justificado el realizar una biopsia.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Estomatitis aftosa recurrente, forma mayor.

CLAVES DIAGNÓSTICO

Al igual que en las otras formas de estomatitis aftosa recurrente el diagnóstico es clínico basado en la anamnesis y en la repetición de los episodios.



Fig. 1. Úlcera en pilar amigdalino derecho.

1.8 EAR forma mayor (Aftas de Sutton)

Bascones Martínez A., Rodrigo Rodríguez M.A., Moreno López L.A.
Departamento Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología.
Universidad Complutense. Madrid

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 28 años que acude a consulta por presentar una lesión ulcerada en cara interna de labio superior y otra en zona de mucosa yugal. Ambas lesiones son muy dolorosas. La paciente refiere que le tardan mucho en curar y tienen carácter recurrente (2-3 episodios al año).

EXPLORACIÓN

A la exploración intraoral se observa una lesión ulcerada de coloración rojiza en cara interna de labio y otra en zona cercana al trígono retromolar. (Fig 1 y 2). Ambas lesiones son de casi 1 cm de diámetro o más grandes, según comenta la paciente. Presenta adenopatía submandibular asociada y la paciente a veces refiere molestias al tragar.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Estomatitis Aftosa recurrente forma mayor
Eritema multiforme
Penfigoide

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se decide realizar una biopsia incisional para estudio histopatológico que reveló lesión ulcerosa inespecífica con infiltrado inflamatorio inespecífico con perivasculitis (Fig 3).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Estomatitis Aftosa recurrente forma mayor (Aftas de Sutton)

CLAVES DEL CASO

Este tipo de aftas suelen ser muy recidivantes y los brotes suelen ser continuos. La lesión de labio fue tratada con inyecciones perilesionales de corticoides. Suelen curar dejando cicatriz (Fig 4)

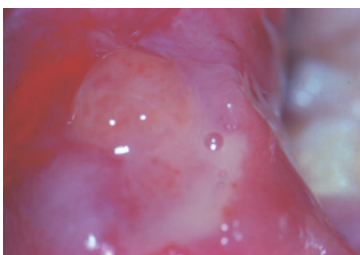


Fig. 1. Lesión ulcerada en cara interna de labio.

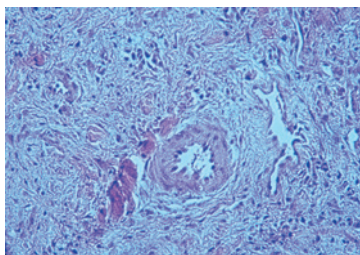


Fig. 3. Histopatología donde se observa la perivasculitis característica de este cuadro.



Fig. 2. Lesión ulcerada en mucosa yugal



Fig. 4. Aspecto clínico de la cicatriz tras el tratamiento con corticoides perilesionales.

1.9 Líquen Plano Oral

Bascones Martínez A., Bascones Ilundáin C.
Departamento de Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología.
Universidad Complutense de Madrid.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente que viene a la clínica por presentar un intenso enrojecimiento en la región gingival superior e inferior. Los alimentos le molestan y refiere que a veces sangra al cepillarse por lo que su higiene no es aceptable. Refiere quemazón y ardor en las encías.

EXPLORACIÓN

Región gingival con abundante placa muy enrojecida y sangrante al rozarla ligeramente con una sonda. En la mucosa yugal presenta en ambos lados estrías blanquecinas a manera de dibujo reticular.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Pénfigo.
- Penfigoide.
- Cuadro alérgico.
- Líquen Plano Oral.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

(Líquen Plano Oral) con Gingivitis Descamativa Crónica. El término gingivitis descamativa hace referencia a un signo clínico que se localiza a nivel gingival y se caracteriza por un intenso enrojecimiento en la zona, sensación de quemazón y descamación del epitelio, siendo esta última característica la que define el proceso.

Se califica como crónica debido a las enfermedades de larga evolución con que generalmente se corresponde.

- Pruebas complementarias.

TRATAMIENTO

Corticoides por vía general (40 mg Prednisona/día durante una semana, 30 mg otra semana y 20 mg la tercera semana, continuando si fuera necesario con 10 mg hasta desaparición de los síntomas. Se complementará con aplicación de Propionato de Clobetasol en Orabase al 0,02% en bien directamente o en cubetas de plástico durante la noche. Es necesario mejorar la higiene bucal.



Fig. 1. Gingivitis descamativa crónica con intenso enrojecimiento.



Fig. 2. Gingivitis descamativa crónica. Detalle en región gingival inferior.



Fig. 3. Líquen plano oral. Estrías en mucosa yugal.

1.10 Liquen plano atrófico-erosivo

Gándara Rey J.M., García García A., Gándara Vila P., Somoza Martín M.
Facultad Odontología Universidad de Santiago.

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 38 años de edad. Diabético. En tratamiento con Simtron® por una fibrilación auricular. El motivo de consulta es por presentar una úlcera en cara dorsal de lengua, dolorosa y que no responde al tratamiento con Mycostatin®.

EXPLORACIÓN

A la exploración de la cavidad oral, presenta lesiones atróficas ulceradas en ambas mucosas yugales, rodeadas de estrías blancas.

La ulceración de cara dorsal de lengua está localizada en tercio anterior y presenta un reticulado perilesional.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Estomatitis aftosa recidivante.
- Pénfigo, Penfigoide o eritema exudativo.
- Eritroplasia.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Biopsia incisional de mucosa yugal.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Líquen plano atrófico erosivo.

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

Nuestro diagnóstico de sospecha es de un liquen atrófico bilateralidad y la presencia de las estrías de Wickham ulcerosas en cara dorsal de lengua y mucosas yugales rodeadas de las retículas.



Fig. 1. Lesiones atrofico-erosivas en ambas mucosa yugales y cara dorsal de lengua, rodeadas de estrías blanquecinas.

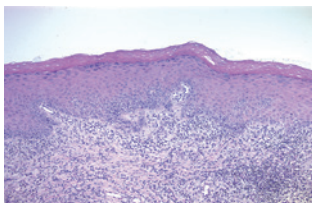


Fig. 2. Hiperqueratosis con infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario en banda.



Fig. 3. Desaparición de las lesiones después de tres semanas de tratamiento.

1.11 Líquen plano oral y cutáneo

López-Vicente J., Asier Eguía A., Martínez-Conde R., Aguirre Urizar J.M.
Departamento de Estomatología. Unidad de Patología Oral y Maxilofacial UPV/EHU.

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 37 años de edad que acude a la consulta refiriendo "molestias y escozor" en mucosa yugal y prúrigo cutáneo.

EXPLORACIÓN

En la exploración se aprecia la existencia de papulas blancas de aspecto estriado en ambas mucosas yugales y lesiones papulares en piel (Fig.1, 2 y 3).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Con los hallazgos clínicos tan característicos encontrados se estableció el diagnóstico de presunción de Liqueen plano.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Análítica sanguínea general incluyendo serología para virus Hepatitis C y estudio histopatológico de la lesión oral.

No se detectó ninguna alteración en la analítica, mientras que el estudio histopatológico se encontraron fragmentos mucosos que mostraban un epitelio escamoso con discreta acantosis y papilomatosis focal. La maduración estaba conservada y no se apreciaban fenómenos displásicos. Se reconoció infiltrado inflamatorio crónico en "banda" con afectación basal y exocitosis.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Liquen plano oral y cutáneo.

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

Lesiones orales bilaterales (estrias de Wickham), lesiones papulares cutáneas y estudio histopatológico.

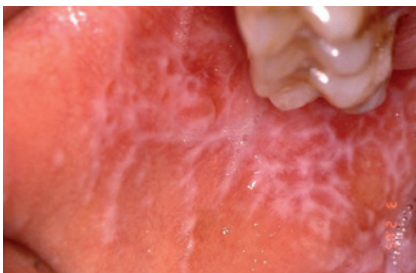


Fig. 1. Lesiones reticulares a nivel de mucosa yugal derecha.



Fig. 2. Lesiones reticulares a nivel de mucosa yugal izquierda y lengua.



Fig. 3. Lesión papular cutánea.

1.12 Transformación tumoral de un caso de liquen plano oral

López-Pintor RM, Hernández G, Arriba L, García Capilla I
Departamento de Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología. UCM. Madrid.

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 82 años con Historia Clínica en nuestro departamento desde hace más de 15 años por “Liquen Plano”. El diagnóstico en su momento se realizó mediante biopsia. Ha venido a revisiones cada 6 meses, en las fases sintomáticas ha recibido tratamiento con corticoides tópicos en solución acuosa y Orabase. En este momento llevaba 1 año sin acudir a revisión por haber sufrido una fractura de cadera. La paciente acude en este momento por presentar lesión blanca sobreelevada en dorso de lengua. La paciente sufre hipertensión arterial, diabetes insulínica, artritis reumatoide y sufrió fractura de cadera hace dos años. Está recibiendo medicación con Norvas[®], Insulina retard[®], Paracetamol[®] y Dormidina[®].

EXPLORACIÓN

A la exploración intraoral presenta lesión blanca sobreelevada en dorso de lengua, en su porción central y derecha de aspecto verrucoso de 2 cm de diámetro.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Carcinoma verrucoso.
Liquen plano.
Leucoplasia.
Leucoplasia verrucosa.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS-TRATAMIENTO

Se envió a la paciente al hospital de referencia para su tratamiento. En dicho hospital se realizó una biopsia que dio como resultado “Carcinoma Verrucoso”. Se realizó un tratamiento conservador de la lesión dada la edad y el estado general de la paciente.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Carcinoma Verrucoso

CLAVES DEL CASO

Es fundamental la revisión periódica de los pacientes que sufren liquen plano oral, ya que existen casos descritos de evolución de liquen plano oral a carcinoma de células escamosas. En este caso presentamos como el liquen plano oral de la paciente degeneró a un carcinoma verrucoso, que es un tumor que crece lentamente y que afecta a personas mayores de 60 años de edad. Debido a su patrón de crecimiento superficial y cohesivo con bordes delimitados, normalmente, se realiza únicamente su extirpación. El pronóstico es bueno ya que la extirpación local suele ser curativa aunque es fundamental revisar la aparición de nuevas lesiones en sitios adyacentes.



Fig. 1. Fotografías realizadas en 1990. Podemos observar como la paciente presenta lesiones típicas de liquen plano oral.

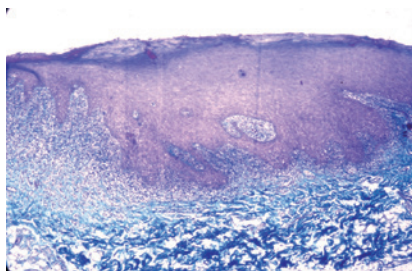


Fig. 2. Biopsia realizada en 1990. Como podemos observar presenta infiltrado linfocitario en banda en el tejido conjuntivo.



Fig. 3. Fotografía realizada en junio de 2006. Se puede observar la lesión blanca sobreelevada en el dorso de lengua que histológicamente fue un Carcinoma verrucoso.

1.13 Lupus Eritematoso Discoide

López Jornet P. Bermejo Fenoll A.
Departamento de Estomatología. Facultad de Odontología.
Universidad de Murcia

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 49 edad, estilista, no hábitos tóxicos conocidos, no ingesta de fármacos, con mucho estrés. Acude a la consulta porque desde hace 4 años presenta llagas en la boca, acompañados de escozor y dolor. No tolera la prótesis parcial y le molestan las encías. Fue evaluada por dermatología por presentar lesiones en la piel en la zona facial, correspondientes a placas hipopigmentadas y violáceas, que dejan cicatriz y diagnosticada de lupus discoide en la piel.

EXPLORACIÓN

Lesiones eritematosas y blanquecinas en mucosa yugal, labio y encías. Lesión ulcerada en mucosa yugal derecha de márgenes irregulares superficie blanquecina y áreas atróficas (Fig. 1). Labio inferior y encías con lesiones eritematosas y áreas blancas y atrofia (Fig2).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Liquen plano.
- Leucoplasia oral.
- Eritroplasia.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica: Serología hepática negativa. Autoinmunidad, ANA (ELISA) negativos, Anti-ENA negativo. Se realiza el estudio histopatológico de la lesión en mucosa yugal presenta un epitelio con acantosis irregular, proliferación de las redes que se acompaña de hiperqueratosis e hipergranulosis, así como infiltrado linfocitario en banda que corroe la basal, queratinocitos necróticos y cuerpos coloides (Fig. 3).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Lupus eritematoso discoide.

CLAVES DIAGNÓSTICO

La lesión típica de la piel o la mucosa es la lesión discoide caracterizada por la tríada eritema, hiperqueratosis y atrofia. Estas lesiones tienen carácter crónico y dinámico.



Fig. 1. Lesión oral discoide en mucosa yugal de una paciente de 49 años.

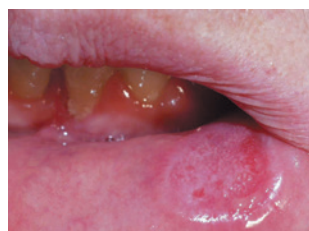


Fig. 2. Cara interna del labio inferior que presenta una lesión blanquecina con atrofia y eritema.

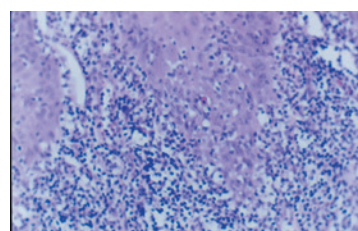


Fig. 3. Imagen histológica de la lesión discoide de mucosa yugal. Se observa un epitelio con acantosis irregular, proliferación de las redes así como un edema en lámina propia e infiltrado inflamatorio perivascular.

1.14 Gingivitis descamativa asociada a penfigoide cicatricial

García Capilla I, Hernández G, López-Pintor RM, Rubio L
Departamento Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología UCM. Madrid

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 67 años que acude al postgrado de Medicina Oral de la Facultad de Odontología UCM, remitida por su Odontóloga, por presentar gingivitis descamativa y lesiones ampollosas en la encía que se rompen y sangran. Evolución de 7-8 meses. Ningún antecedente médico a destacar.

EXPLORACIÓN

En el momento de la exploración presenta gingivitis descamativa generalizada, ampollas de techo grueso, que se rompen al pasar la sonda, dejando una superficie hemorrágica, así como lesiones ulcerosas con pseudomembranas en encía insertada. No hay manifestaciones clínicas cutáneas, ni en otras mucosas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Pénfigo vulgar
Penfigoide cicatricial
Eritema exudativo multiforme
Liquen atrófico- erosivo vs liquen ampollar

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS - TRATAMIENTO

Se realiza biopsia en la papila interincisiva 32-33, incluyendo la ampolla en su totalidad. Se instaura tratamiento con corticoide tópico (Propionato de clobetasol al 0,05% en solución acuosa) hasta próxima revisión y resultado de biopsia.

DIAGNÓSTICO - TRATAMIENTO

Secciones de mucosa con desarrollo de ampolla subepitelial. Diagnóstico histológico compatible con penfigoide mucosinequiente de Lortat-Jakob o liquen atrófico-erosivo. La inmunofluorescencia directa muestra fijación de anticuerpos en la membrana basal epiteliocorión, ofreciendo un patrón lineal; y confirmando el diagnóstico de penfigoide cicatricial o benigno de las mucosas. La remisión de las lesiones se produjo con Propionato de clobetasol al 0,1% en solución acuosa durante 35-40 días.

CLAVES DEL CASO

Es de suma importancia realizar un diagnóstico y tratamiento precoces de este tipo de patología, por la implicación que puede tener en otras mucosas; especialmente la ocular, que podría conducir al paciente a la ceguera. Hay que mantener un programa de revisiones, pues la enfermedad evoluciona por brotes imprevisibles de actividad.



Fig. 1. Gingivitis descamativa.



Fig. 2. Ampolla en papila interincisiva.

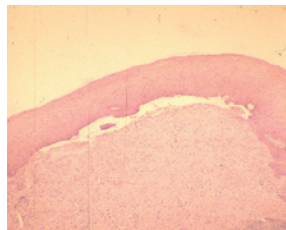


Fig. 3. Ampolla subepitelial.

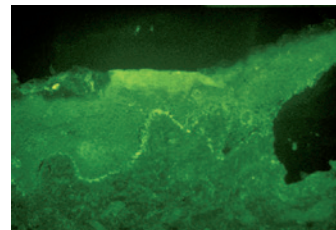


Fig. 4. IFD Patrón lineal en la membrana basal epitelio-corión.

1.15 Penfigoide de las mucosas

Esparza Gómez G., Cerero Lapiedra R., Llamas Martínez S., Bascones Martínez A.
Departamento de Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología.
Universidad Complutense de Madrid.

HISTORIA CLÍNICA

Una mujer de 65 años de edad refiere dolor y sangrado en las encías desde hace aproximadamente un año. Le han realizado varias profilaxis con ultrasonidos y ha seguido un tratamiento en varias ocasiones con antibióticos y enjuagues de clorhexidina pero, aunque mejoró durante algún tiempo, el problema no acaba de solucionarse. Para llegar a un diagnóstico, se realizó una biopsia incisional múltiple, se tomaron muestras de varias zonas de la encía y la mucosa del maxilar superior y se remitió para su estudio histopatológico e inmunológico.

EXPLORACIÓN

Se aprecia sangrado espontáneo en algunas zonas de la encía y la presencia de erosiones múltiples, sobre todo en el maxilar superior. Al pasar tangencialmente una sonda periodontal sobre la encía se produce descamación del epitelio. Además, en la mucosa situada sobre el canino superior derecho se observó una pequeña ampolla intacta (Fig. 1). En la exploración extraoral se comprobó la presencia de simblefaron en ambos ojos (Fig. 2).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Todos los procesos que pueden cursar clínicamente como gingivitis descamativa: fundamentalmente liquen plano y otras enfermedades vesiculoampollosas como el pénfigo vulgar.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realizó una biopsia incisional múltiple, se tomaron muestras de varias zonas de la encía y la mucosa del maxilar superior y se remitieron para su estudio histopatológico e inmunológico. El estudio histopatológico mostró la formación de ampollas subepiteliales (Fig. 3). La inmunofluorescencia directa mostró el depósito de inmunoglobulina G y fracción 3 del complemento en la zona de la membrana basal (Fig. 4).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Penfigoide de las mucosas

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

La presencia de gingivitis descamativa en las zonas anteriores de la encía junto con lesiones oculares deben dirigir las sospechas hacia un penfigoide de las mucosas.



Fig. 1. Erosiones múltiples y descamación en las zonas anteriores de la encía. Se observa una ampolla intacta en la encía sobre el diente 13.

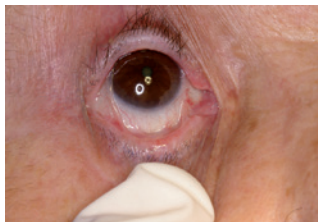


Fig. 2. Simblefaron en ojo derecho.

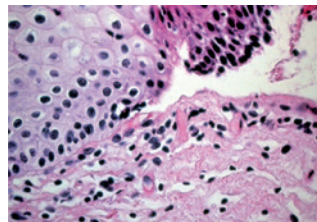


Fig. 3. Desarrollo de ampolla subepitelial en un extremo de la preparación.

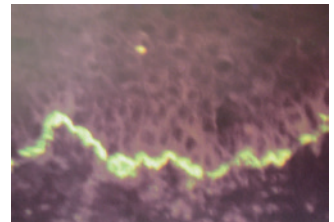


Fig. 4. Inmunofluorescencia directa: depósito de C3 de modo lineal en la zona de la membrana basal.

1.16 Pénfigo vulgar

Esparza Gómez G., Cerero Lapiedra R., Palacios Sánchez B., Bascones Martínez A.
Departamento de Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología.
Universidad Complutense de Madrid.

HISTORIA CLÍNICA

Un varón de 62 años acude a su dentista refiriendo la presencia de “llagas” en la zona más posterior de la cavidad oral, que le producen dolor y dificultad para comer, desde hace unos 6 meses. Ha probado varios colutorios pero no ha observado mejoría. No es fumador y carece de otros antecedentes de interés.

EXPLORACIÓN

A la inspección se observan diferentes erosiones, menores de 1 cm., de bordes irregulares y anfractuados, localizadas en paladar blando, pilares amigdalinos e istmo de las fauces (Fig. 1).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Todos los procesos que pueden cursar clínicamente con ampollas y erosiones: fundamentalmente el pénfigoide de las mucosas.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se procedió a realizar una biopsia incisional de una de las lesiones y la muestra se remitió para estudio histopatológico y de inmunofluorescencia directa. El estudio histopatológico mostró la formación de ampollas intraepiteliales (acantolíticas) (Fig. 2). La inmunofluorescencia directa mostró el depósito de inmunoglobulina G y C3 en la sustancia intercelular del epitelio (Fig. 3).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Pénfigo vulgar

CLAVES DIAGNÓSTICO

La presencia de erosiones en las zonas más posteriores de la cavidad oral junto con la aparición de ampollas, erosiones o costras en la piel o en otras mucosas debe enfocar el diagnóstico hacia pénfigo vulgar. El estudio histopatológico y de inmunofluorescencia directa son inexcusables.

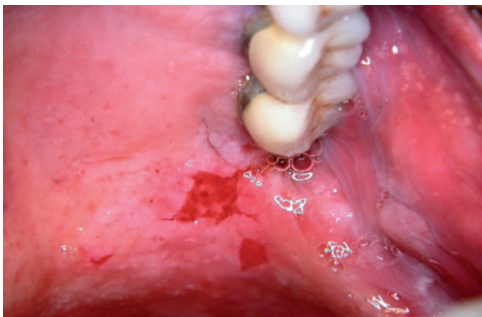


Fig. 1. Lesiones erosivas en paladar blando.

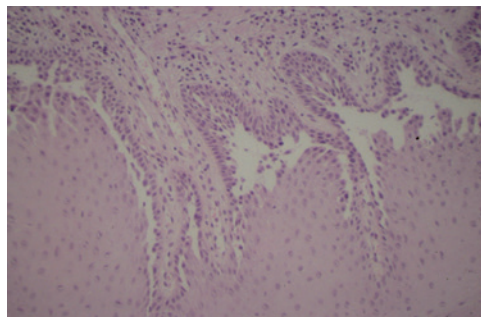


Fig. 2. Formación de ampolla intraepitelial (acantolítica).

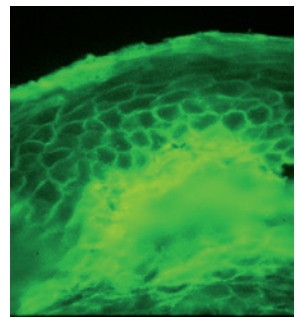


Fig. 3. Inmunofluorescencia directa: depósito de IgG en la sustancia intercelular.

1.17 givitis descamativa asociada a pénfigo vulgar

García Capilla I, Hernández G, López-Pintor RM, Arriba L
Departamento de Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología UCM.
Madrid Complutense de Madrid.

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 37 años, que acude al Departamento de Medicina Oral de la Facultad de Odontología UCM, remitida por su periodoncista por presentar gingivitis descamativa de más de 6 meses de evolución, que no mejora tras tratamiento periodontal. La paciente refiere molestias al comer y al cepillarse. Ningún antecedente médico relevante.

EXPLORACIÓN

A la exploración presenta gingivitis descamativa en encía marginal vestibular, en ambas arcadas, en la región anterior (de canino a canino). Al pasar la sonda, el epitelio se desprende sin producirse hemorragia. En la papila interincisiva 12-13, se observó una pequeña ampolla.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Pénfigo vulgar
Penfigoide cicatricial
Eritema exudativo multiforme
Gingivo-estomatitis herpética
Liquen ampollar

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS - TRATAMIENTO

Se realiza biopsia en la papila interincisiva 12-13, incluyendo la ampolla en su totalidad. Se instaura tratamiento con corticoide tópico (propionato de clobetasol al 0,05 % en orabase, 3-4 veces/día) hasta próxima revisión y resultado de biopsia.

DIAGNÓSTICO - TRATAMIENTO

Secciones de mucosa con desarrollo de ampolla intraepitelial parabasal. Diagnóstico histológico compatible con pénfigo vulgar. La Inmunofluorescencia directa realizada muestra fijación de anticuerpos en los espacios intercelulares del epitelio, ofreciendo un patrón reticular, confirmando el diagnóstico. No hubo mejoría clínica con el corticoide tópico, por lo que se instauró de forma sistémica (Prednisona 40 mg/día) hasta la remisión de las lesiones.

CLAVES DEL CASO

Este tipo de lesiones puede no hacernos pensar en enfermedades sistémicas, retrasándose meses el diagnóstico de una enfermedad mucocutánea grave que debuta a nivel oral con una gingivitis descamativa. Actualmente la paciente sigue con revisiones periódicas en nuestro departamento y con el dermatólogo.



Fig. 1. Gingivitis descamativa.

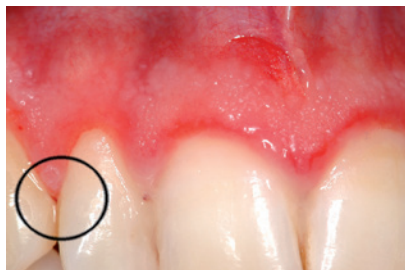


Fig. 2. Ampolla en papila.

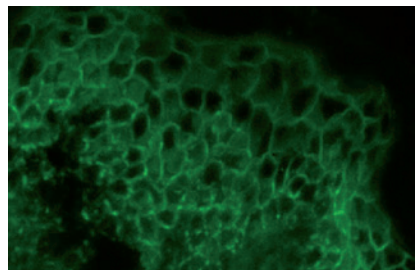


Fig. 3. Técnica de inmunofluorescencia directa. Patrón reticular intraepitelial.

1.18 Erupción fija medicamentosa

Viñals Iglesias H.
Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 24 años con buen estado general, que acude a la consulta por presentar una lesión ampollosa única en el labio superior de unas 15 horas de evolución. Se trata de una mujer que el año anterior -por estas mismas fechas- le apareció una lesión similar, aunque menos aparatosa, que luego desapareció espontáneamente y por la que no consultó. Como antecedente patológico de interés refiere cefaleas, por lo que el día anterior a la aparición de la lesión tomó paracetamol.

EXPLORACIÓN

Es una lesión única y ampollar que crea un área eritematosa en su lecho. No es dolorosa (Fig. 1).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Erupción fija por fármacos: se considera una forma de estomatitis alérgica. Son lesiones recurrentes en piel y/o mucosas en forma de máculas, erosiones, ampollas o úlceras. Al recaer, aparecen siempre en la misma localización. Tras el contacto con el fármaco transcurre un máximo de 24 h. Son muchos los medicamentos implicados (barbitúricos, paracetamol,...). La remisión del cuadro es espontánea.

Pénfigo vulgar: la localización oral puede preceder a la cutánea en forma de ampollas intraepiteliales. Clínicamente podemos ver una lesión erosiva por rotura ampollar que es dolorosa. Suele afectar a mujeres en edad adulta más avanzada y es una enfermedad grave.

Penfigoide ampollar: ampollas subepiteliales de rara aparición bucal, pero pueden preceder a las de la piel y conjuntiva. Son lesiones de lenta evolución.

Eritema exudativo multiforme: se acompaña de un cuadro general con fiebre, malestar, artralgias. Puede existir el antecedente de ingesta de un fármaco. Clínicamente aparecen de forma aguda ampollas en mucosa y semimucosa bucal. Éstas evolucionan rápidamente a erosión, úlcera y pseudomembrana o costra. Es posible ver lesiones en distintas fases evolutivas.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Al ser un cuadro tan autolimitado no se solicitaron. Para el diagnóstico pueden utilizarse pruebas con parches para identificar el agente etiológico, aunque no siempre son concluyentes.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Posible erupción fija por fármacos.

CLAVES DIAGNÓSTICO

Aparición en horas o en un día / lesión única o varias lesiones juntas, siempre en igual localización/ antecedentes previos de una ampolla similar/ desaparición espontánea / antecedentes de ingesta de fármacos.



Fig. 1. Lesión labial ampollar de evolución aguda.

1.19 Eritema exudativo multiforme

Eguía del Valle A., López-Vicente J., Martínez-Conde R., Aguirre Urizar J.M.
Departamento de Estomatología Unidad de Patología Oral y Maxilofacial UPV/EHU

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 28 años de edad que acude a consulta refiriendo dolor y "ulceraciones orales" con dificultad para la deglución, masticación y habla., desde hace 2 días.

EXPLORACIÓN

Se observan lesiones vesículo-ulcerativas en semimucosa labial superior e inferior, mucosa vestibulo-labial inferior y lengua. Áreas eritematosas en las mismas localizaciones y con predominio en punta y bordes anteriores de lengua.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se establecieron los siguientes diagnósticos diferenciales:

- Eritema exudativo multiforme
- Estomatitis aftosa recidivante,
- Primoinfección herpética
- Pénfigo
- Penfigoide.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica sanguínea general.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Eritema exudativo multiforme.

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

Aparición brusca, polimorfismo de las lesiones.



Fig. 1. Lesiones en labio superior.



Fig. 2. Lesiones en labio inferior y lengua



Fig. 3. Lesiones en mucosa vestibulo-labial inferior

1.20 Eritema exudativo multiforme

Vicente Barrero M. (1) (2), Castellano Reyes JJ. (3)

(1) *Facultativo Especialista de Área.*

(2) *Profesor Asociado Universidad Las Palmas Gran Canaria.*

(3) *Jefe de Servicio.*

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 13 años que comienza con múltiples lesiones vesículo-ampollosas de forma brusca. Intenso dolor. Está en tratamiento con amoxicilina por un proceso bronquial desde hace 3 días.

EXPLORACIÓN

Presenta lesiones vesiculo-ampollosas y costras, con áreas eritematosas en la periferia. Localización pluriorifical, así como en tórax, brazos y piernas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Estomatitis aftosa recurrente.

Primoinfección herpética.

Eritema exudativo multiforme.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realizó una analítica completa en la que solo existía leucocitosis.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Eritema exudativo multiforme.

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

Aspecto clínico de la lesión con vesículas en diferente estadio evolutivo. Localización pluriorifical. Mejoría con el cese del tratamiento antibiótico.



Fig. 1. Lesiones labiales vesiculosas en diferente estadio evolutivo.



Fig. 2. Lesiones en el glande.



Fig. 3. Afectación vesículo-costrosa en la piel.

1.21 Eritema exudativo multiforme

Nunes da Rosa L.G., (1). Soares-Pinto T. (2).

(1) Jefe del Servicio de Estomatología del Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Brasil).

(2) Prof. Asociada de Estomatología. Facultad de Odontología. Universidad Federal do Rio Grande do Sul (Brasil)

HISTORIA CLÍNICA

Paciente, 67 años, sexo femenino, presentando múltiples lesiones en mucosa yugal, labios y piel, hace aproximadamente 1 año. La paciente hacía uso de 23 fármacos, entre ellos antiinflamatorios, antibióticos y placebos. Presentaba además un problema psicológico.

EXPLORACIÓN

Al examen extrabucal se verificó la presencia de lesiones de descamación en las manos, rodillas, codos y costras en el labio inferior. El examen intraoral evidenció múltiples úlceras dolorosas en mucosa yugal bilateralmente, paladar duro y lengua.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Pénfigo Vulgar
- Síndrome de Behçet
- Síndrome de Stevens- Johnson
- Eritema Multiforme

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Hemograma.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Eritema exudativo multiforme.

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

Aspecto clínico de la lesión/ Abandono del uso de los fármacos/ Láser terapia para sintomatología/ Acompañamiento psicológico.



Fig. 1. Descamación posterior a rompimiento de ampollas en las manos.



Fig. 2. Ulceración pos rompimiento de ampollas en los labios.



Fig. 3. Ulceración de la superficie lingual.

1.22 Hiperplasia fibroepitelial

Bascones-Martínez A*, Palacios-Sánchez B*, Aguirre-Urizar JM **

*Departamento de Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología. UCM

**Departamento de Estomatología. Unidad de Patología Oral y Maxilofacial. Universidad del País Vasco/EHU

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 57 años remitida a la consulta por presentar un “bulto” en el dorso de la lengua de un mes de evolución. La lesión le produce ligeras molestias y la paciente no la relaciona con ningún factor etiológico. Como antecedentes médicos destacar que tiene una alteración del factor X de la coagulación e hipertensión arterial tratada con disipiril.

EXPLORACIÓN

A la exploración se observa una lesión exofítica, nodular de 5 mm. de diámetro en superficie, localizada en el lado izquierdo del dorso lingual (Fig.1). La consistencia es dura, elástica y homogénea.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Hiperplasia fibroepitelial
- Tumor de Abrikossov
- Fibromioma
- Neurofibroma

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Resonancia magnética donde se identifica una lesión nodular de 3mm. de diámetro mayor con base de implantación más ancha. Además se identificaron pequeñas adenopatías submandibulares.
- Biopsia escisional (Fig.2): la histopatología revela una lesión nodular constituida por tejido conectivo reparador con una marcada proliferación vascular e intenso componente inflamatorio con predominio linfoplasmocitario. El epitelio muestra fenómenos hiperplásicos con hiperqueratosis (orto y para), acantosis y aumento de crestas epiteliales (Fig.3)..

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Hiperplasia fibroepitelial.

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

Aspecto y consistencia de la lesión que se apreció mejor durante la biopsia. Histopatología.



Fig. 1. Lesión exofítica nodular en el dorso de la lengua.



Fig. 2. Biopsia escisional.

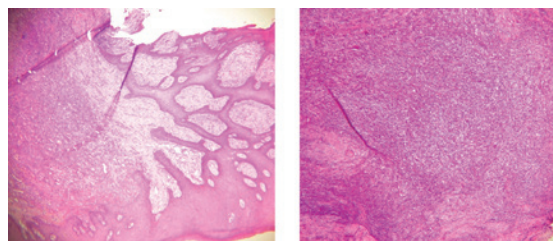


Fig. 3. Histopatología de la lesión en la que se observa hiperplasia epitelial e infiltrado inflamatorio.

1.23 Granuloma piógeno

Bascones-Martínez A*, Palacios-Sánchez B*, Aguirre-Urizar JM **

*Departamento de Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología. UCM

**Departamento de Estomatología. Unidad de Patología Oral y Maxilofacial. Universidad del País Vasco/EHU

HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN

Remitido por su dentista por presentar una tumoración sobre el reborde alveolar inferior derecho (Fig 1). Dos meses antes, se realizó exodoncia del 48 por molestias y movilidad. Se extirpa quiste periapical adherido a la raíz y se realiza curetaje del alveolo y compresión de las tablas óseas. Se pautan los procedimientos postquirúrgicos habituales. Sangra 12 horas. Se realiza un segundo curetaje del alveolo por dolor y aparición de un “coágulo” de 2 x 1 cm. Se lleva a cabo sutura y sangra aprox 12 horas. Las pruebas habituales de coagulación son normales. Posteriormente, va apareciendo la tumoración, que actualmente sangra al mínimo roce pero no duele espontáneamente. Tumoración de 4x1,5x2 cm en reborde alveolar inferior derecho, englobando al 47 que presenta movilidad y de color rojizo, aspecto friable y muy vascularizado, con signos de traumatismo en su superficie. No se aprecia otra alteración en la cavidad oral. Blanda y fácilmente depresible a la palpación, que resulta dolorosa. No se palpan adenopatías con 3 años de edad, padeció el Síndrome Tóxico producido por aceite de colza (1981), que le produjo alteración pulmonar y cardíaca.y policaries. También su hermana y su madre resultaron afectadas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Granuloma piógeno
Granuloma periférico de células gigantes
Fibroma periférico osificante
Sarcoma
Carcinoma metastásico
Sarcoma de Kaposi
Sarcoma
Angiosarcoma
Linfoma

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realiza estudio radiográfico no apreciándose alteraciones óseas (Fig 2).

Se realiza biopsia con el siguiente informe histopatológico: “secciones de proliferación vascular con vasos en pincel e intensa inflamación mixta, no se aprecian signos de malignidad” (Fig 3)

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Granuloma piógeno.

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

Ausencia de lesión ósea, informe histopatológico.

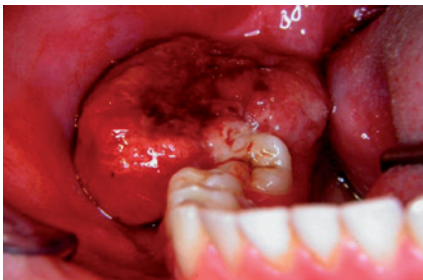


Fig. 1. Aspecto clínico de la lesión.

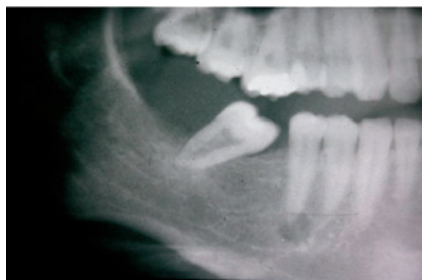


Fig. 2. Detalle de la ortopantomografía.

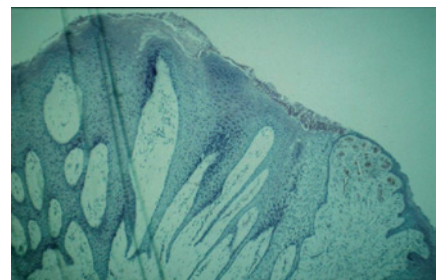


Fig. 3. Imagen de la preparación histopatológica.

1.24 Granuloma piogénico y odontoma compuesto periférico

Vicente J., Eguía A., Martínez-Conde R., Aguirre Urizar J.M.
Unidades de Medicina Bucal y de Patología Oral y Maxilofacial. Servicio Clínica Odontológica.
Dpto. de Estomatología. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad del País Vasco / EHU.

HISTORIA CLÍNICA

Niño de 15 años que acude a consulta por presentar una hinchazón en la encía superior desde hace 4 meses que últimamente le crece y le sangra. No presenta ningún antecedente de interés.

EXPLORACIÓN

Presenta una tumoración eritematosa en la encía (epulis) del primer cuadrante, en la zona correspondiente a la papila entre el 1.2 y el 1.1 (Figura 1). La lesión es única, mide 1,3x1,2 cm y muestra en la superficie alguna pequeña ulceración. A la palpación la consistencia es firme y no dolorosa. Existe un cierto grado de gingivitis generalizada asociada a una deficiente higiene bucodentaria.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Granuloma piogénico

Granuloma periférico de células gigantes

Otras patologías: Neoplasias conectivas benignas

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realiza estudio radiográfico que demuestra la existencia de una lesión radiopaca interradicular en la zona de la lesión mucosa. La lesión presenta varias estructuras opacas “dentículos” y produce separación radicular de los dientes (Figura 2). Se realizó la escisión de la lesión tumoral mucosa, debajo de la cual y separado por una fina cápsula, aparece un conglomerado de dentículos de diferente tamaño. La lesión tumoral está constituida por tejido de granulación con proliferación vascular, conectiva e infiltración inflamatoria crónica y aguda en las áreas ulceradas (Figura 3 y 4).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Granuloma piogénico y odontoma compuesto periférico.

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

Las lesiones reactivas de la encía son más comunes en pacientes con enfermedad periodontal o maloclusión manifiesta. En este caso la sospecha inicial fue de una lesión benigna reactiva por el aspecto clínico y la evolución. En estos casos es obligatorio realizar un estudio radiológico que nos muestra la lesión que ha provocado esta reactividad gingival tumoral, y que es sugestiva de un proceso hamartomatoso odontogénico. La histología nos confirma todos estos aspectos.



Fig. 1. Tumoración epuliforme eritematosa de superficie irregular.

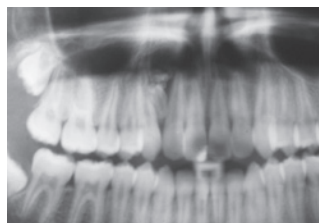


Fig. 2. Orotopantomografía que muestra una lesión opaca.

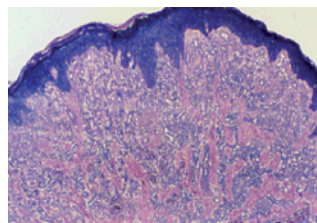


Fig. 3. Proliferación conectivo-vascular reactiva (Tricrómico 10X).

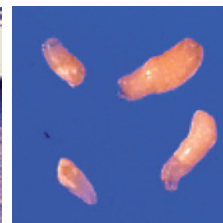


Fig. 4. Dentículos.

1.25 Granuloma piógeno asociado a epulis fisuratum

Restoy Lozano A., (1) Cano Sánchez J. (2) Campo Trapero J. (2)

(1) Servicio de Cirugía Maxilofacial. Hospital Príncipe de Asturias. Madrid.

(2) Departamento Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología. Universidad Complutense. Madrid

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 67 años, portador de prótesis completa superior durante 16 años que acude a consulta de Cirugía Maxilofacial del Hospital Príncipe de Asturias por presentar una tumoración en maxilar superior de varios meses de evolución y asintomática.

EXPLORACIÓN

A la exploración se observa una lesión exofítica de gran tamaño, con pliegues, de color rosado en región anterior del reborde alveolar del maxilar superior. Sobre esta lesión se observaba otra de menor tamaño de color blanco-pardo. A la palpación ambas lesiones tenían consistencia blanda y depresible y la lesión secundaria sangraba al roce.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Granuloma de células gigantes periférico
- Metástasis oral de neoplasia maligna
- Hemangioma
- Granuloma piógeno

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS-TRATAMIENTO

Se procedió a realizar una biopsia incisional de la lesión, abarcando tanto la hiperplasia principal como la que se había desarrollado sobre esta. El estudio histopatológico reveló que se trataba de un granuloma piógeno asociado a hiperplasia fibrosa. Se realizó la exéresis quirúrgica completa de la lesión desde su base perióstica, mediante un colgajo vestibular manteniendo epitelio queratinizado sobre la hiperplasia, en un intento de conservar en lo posible la profundidad del surco vestibular

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Granuloma piógeno asociado a epulis fisuratum

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

La lesión primaria se trataba de un epulis fisuratum en un paciente portador de prótesis completa, mal adaptada, que actuaba como agente irritativo y sobre esta lesión asentaba un granuloma piógeno, lo que demuestra que ambas entidades comparten alguno de sus mecanismos etiopatogénicos. Se recomendó al paciente realizar un rebase de la prótesis o su sustitución por una nueva.



Fig. 1. Lesión principal (Epulis fisuratum) y lesión secundaria (granuloma piógeno).

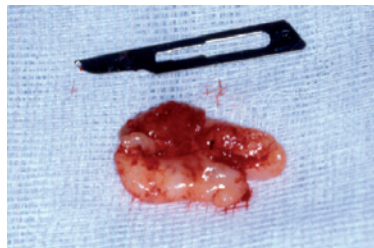


Fig. 2. Lesión tras exéresis completa.

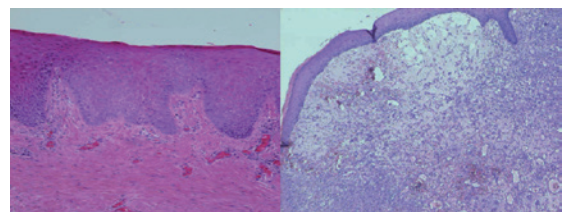


Fig. 3. (a) Histología zona Hiperplasia fibrosa (b) Zona de granuloma piógeno

1.26 Granuloma Gravídico (cronificado)

Viñals Iglesias H.
Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente del sexo femenino de 36 años que presenta una tumoración en la encía por la cara lingual de los dientes antero-inferiores. La lesión tiene unos 15 meses de evolución y la comenzó a notar en el 4º mes de su embarazo. Tras el parto explica que disminuyó de tamaño pero sin desaparecer totalmente. No ha tomado anteriormente ni toma en la actualidad ningún fármaco.

EXPLORACIÓN

Se trata de una masa no hemorrágica, indolora, pedunculada de base ancha, de unos 10x5 mm. Está recubierta de un epitelio parecido al de los tejidos circundantes (fig. 1). A la palpación su consistencia es firme.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Granuloma piógeno: reacción inflamatoria y proliferativa exagerada en relación a uno o más estímulos, en general traumáticos y bacterianos. Microscopicamente suele ser análogo al granuloma gravídico. Su tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica, con elevado riesgo de recidiva.

Granuloma gravídico: exagerada reacción proliferativa e inflamatoria en relación a un estímulo principal: el efecto sistémico del embarazo. Pueden sumarse además otros factores etiopatogénicos similares al granuloma piógeno. Puede regresar espontáneamente al finalizar la gestación, aunque **no siempre**.

Granuloma de células gigantes gingival: proceso inflamatorio hiperplásico producido en respuesta a factores irritativos en el corion gingival. Microscopicamente se diferencia de los procesos anteriores al contener células gigantes multinucleadas. El tratamiento es siempre quirúrgico; precisa además un curetaje de la lesión por el riesgo a la recidiva.

Hiperplasia gingival por fármacos: hiperplasia tisular no inflamatoria, con antecedentes de ingesta de fármacos (hidantoínas, ciclosporina, nifedipino).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se practicó una biopsia escisional de la lesión.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Granuloma gravídico cronificado tras el embarazo (fig.2). Microscopicamente se trata de una hiperplasia fibroepitelial con elongación papilar epitelial y cierta acantosis. El corion es denso, rico en fibras colágenas y fibroblastos e incluso está calcificado en algunas zonas (fig. 3).

CLAVES DIAGNÓSTICO

Desarrollo durante el embarazo /localización gingival, zona entre caninos/ crecimiento rápido/ sin presencia de células gigantes multinucleadas/ no ingesta de fármacos.



Fig. 1. Tumoración blanda en la cara lingual de la encía mandibular.

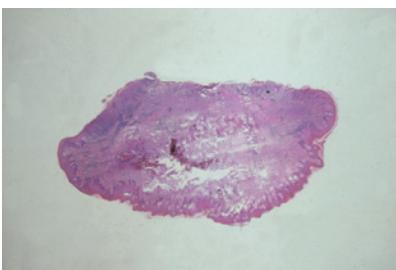


Fig. 2. Fragmento obtenido tras la biopsia escisional.

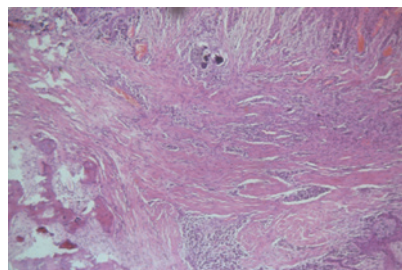


Fig. 3. Detalle de la masa biopsiada.

1.27 Granuloma Periférico de Células Gigantes

Arrieta Blanco J.J., (1) Bartolomé Villar B., (2)

(1) Servicio de Estomatología de Fundación Jiménez Díaz de Madrid.

(2) Departamento de Odontología de la Universidad Europea de Madrid.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 33 años de edad que acude por presentar desde hace tres meses una lesión hiperplásica gingival a nivel del 27, asintomática y que sangra con el cepillado. No presenta patologías generales, ni está en tratamiento médico alguno.

EXPLORACIÓN

A la exploración clínica presenta una lesión mamelonada, hipertrófica vestibular a nivel del 27.(Fig.1)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Granuloma piogénico,
- Tumor de células plasmáticas
- Hiperplasias fibrosas.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Biopsia y estudio radiográfico. Radiográficamente se aprecia lesión periodontal alrededor del 27. (Fig.2).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Granuloma de células gigantes periféricas.

CLAVES DIAGNÓSTICO

El tratamiento fue la extirpación quirúrgica de la lesión con legrado de la misma.



Fig. 1. Lesión hiperplásica a nivel del 27.

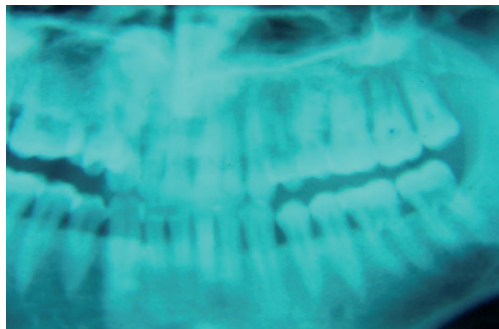


Fig. 2. Ortopantomografía, lesión periodontal del 27.

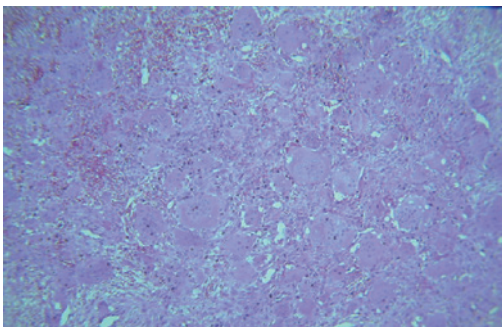


Fig. 3. Histología Granuloma periférico de células gigantes.

1.28 Granuloma de células gigantes asociado a un implante dental

Hernández G, García Capilla I, López-Pintor RM
Departamento de Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología. UCM. Madrid.

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 67 años que acude a la consulta por presentar “un crecimiento de la encía” alrededor de un implante colocado hace 3 meses en el reborde alveolar inferior izquierdo, en su sector más posterior. Comenta que la lesión ha ido creciendo en los últimos dos meses. No refiere dolor ni sangrado de la misma. La paciente no tiene ningún antecedente médico de interés.

EXPLORACIÓN

A la exploración intraoral presenta una lesión exofítica alrededor del implante más posterior colocado en el reborde alveolar del tercer cuadrante. La lesión es de color amarillento, consistencia blanda y sésil. (Fig. 1).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Granuloma piógeno
Granuloma de células gigantes
Fibroma osificante periférico

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realizó radiografía periapical y biopsia escisional, con exhaustivo legrado del hueso remanente. El examen radiográfico fue anodino. El estudio histopatológico mostró células gigantes multinucleadas en un estroma de tejido conectivo bien vascularizado. (Fig. 2).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Granuloma periférico de células gigantes.

TRATAMIENTO

La extirpación quirúrgica de la lesión fue suficiente para la resolución del caso. No fue necesaria la remoción del implante y no se ha observado recidiva tras 10 meses de seguimiento. (Fig. 3).

CLAVES DEL CASO

La aparición de granulomas de células gigantes asociados a la colocación de implantes dentales es rara. El granuloma de células gigantes se considera una lesión reactiva, causada por irritación local o trauma. Dicha lesión se desarrolla en tejido blando (conectivo del periostio o ligamento periodontal), pero ocasionalmente puede provocar reabsorción en copa del hueso alveolar subyacente. Normalmente si la resección quirúrgica es completa, la recidiva es infrecuente. La incidencia de granulomas de células gigantes asociados a la colocación de implantes, así como su patogénesis se desconocen, debido al escaso número de casos publicados. En algunos de estos casos, la pérdida ósea originada ha sido tan severa que se ha tenido que realizar la remoción del implante dental asociado a la lesión, por lo que es conveniente eliminar dichas lesiones una vez detectadas.



Fig. 1. Lesión exofítica asociada al implante más posterior del tercer cuadrante.

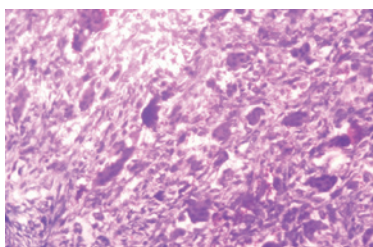


Fig. 2. Estudio histopatológico.



Fig. 3. Imagen a los 10 meses de seguimiento tras la extirpación de la lesión.

1.29 Tumor de Células Granulosas lingual

Arrieta Blanco J.J., (1) Bartolomé Villar B., (2)

(1) Servicio de Estomatología de Fundación Jiménez Díaz de Madrid.

(2) Departamento de Odontología de la Universidad Europea de Madrid.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 33 años de edad que acude por sentir, desde hace cuatro meses, en borde lateral derecho de la lengua una pequeña tumoración asintomática. No ha cambiado de tamaño ni se ha ulcerado desde que se la notó. No refiere alteraciones neurológicas.

Como antecedentes personales presenta fibromialgia desde hace tres años. No presenta alergias medicamentosas.

EXPLORACIÓN

Presenta lengua fisurada. A la inspección se aprecia una pequeña lesión blanquecina en borde lateral derecho lingual, dura, no dolorosa y no desplazable a la palpación. (Fig.1, 2) La movilidad y sensibilidad lingual son normales. No se palpan adenopatías.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Con lesiones benignas de tejido conectivo, neurológicas, musculares o cartilaginosa.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se procedió a la biopsia escisional con el diagnóstico histopatológico de tumor de células granulosas. (fig.3)

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Tumor de células granulosas.

TRATAMIENTO

El tratamiento es la escisión quirúrgica amplia de la lesión.



Fig. 1. Lengua fisurada-Nódulo duro en borde lateral derecho lingual



Fig. 2. Lesión blanquecina, dura de 0.5cm en borde lingual

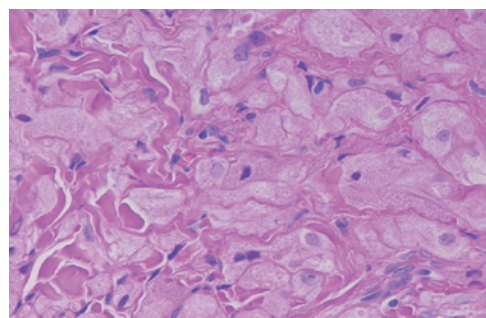


Fig. 3. Histología de tumor de células granulosas

1.30 Hemangioma cavernoso

Peñamaría Mallón M., Otero Rey E., Blanco Carrión J., Blanco Carrión A.
Facultad de Odontología. Universidad Santiago de Compostela.

HISTORIA CLÍNICA

Varón, 13 años, consulta por la presencia de un “bulto en el labio superior” de aproximadamente 6 meses de evolución. No presenta antecedentes personales ni familiares de interés.

EXPLORACIÓN

A la exploración física se observa una lesión sobreelevada a nivel de la mucosa del hemilabio superior derecho de 2 cm de tamaño. No se observan cambios de coloración ni de integridad de la mucosa labial (Fig. 1). A la palpación la lesión presenta una consistencia firme. Se realizaron pruebas de vitropresión, siendo éstas negativas. El paciente refiere ausencia de sintomatología.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tumor mesenquimal benigno. Tumor de glándula salival menor. Hemangioma.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realizó una biopsia escisional mediante disección quirúrgica (Fig. 2). La pieza obtenida consiste en una formación oval de superficie lisa y coloración blanco rosada que mide 1 cm. La sección es de coloración blanco rojiza con áreas hemorrágicas. En el estudio histopatológico se observa una proliferación de canales vasculares, dilatados y anastomosados, revestidos por una capa de células endoteliales exentas de atipia. Algunos de ellos presentan fenómenos trombóticos en su interior con inicios de recanalización (Fig. 3)

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Hemangioma cavernoso.

CLAVES DIAGNÓSTICO

Aspecto clínico, vitropresión, biopsia.



Fig. 1. Visión extraoral del bultoma en el hemilabio superior derecho, se puede apreciar como no existen cambios físicos a nivel de la mucosa (coloración, integridad).



Fig. 2. Imagen intraoperatoria. Aspecto de la masa bien delimitada, encapsulada.

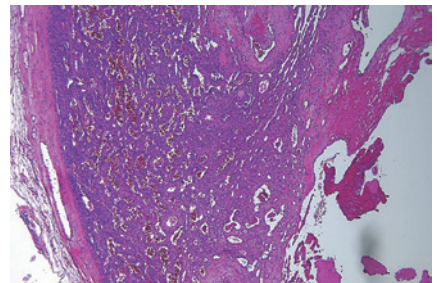


Fig. 3. Imagen histopatológica del hemangioma cavernoso, tinción con Hematoxilina-Eosina. (5x).

1.31 Schwannoma

Gándara Rey J.M., García García A., Gándara Vila P., Somoza Martín M.
Facultad Odontología, Universidad de Santiago de Compostela.

HISTORIA CLÍNICA

Hombre, 45 años. No antecedentes de interés.

Fumador de 2-3 cajetillas/día de tabaco negro

Motivo de consulta: Lesión en borde lateral izquierdo de lengua

EXPLORACIÓN CLÍNICA

Lesión elevada y firme en borde lateral izquierdo de lengua, de color blanquecina en la superficie, no dolorosa y con 2 meses de evolución. (Fig. 1).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Fibroma irritativo. No existe un traumatismo directo que nos lo haga sospechar
- Granuloma piogénico. El aspecto de su superficie y la dureza a la palpación no se correspondía con este proceso
- Tumor de células granulares (Tumor de Abrikosoff). Por la dureza a la palpación y el aspecto de su superficie si podría ser. Se descartaría con la histología.
- Tumor benigno. Tiene todas las características macroscópicas clínicas de serlo.
- Tumor maligno. Clínicamente no presenta características de malignidad.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Biopsia escisional.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Neurilemoma (Schwannoma)

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

Clínicamente se corresponde con un tumor fibromatoso, pero al realizar el estudio Anatomopatológico y encontrar la disposición de las células en empalizada es por lo que se realiza la inmunotinción para la proteína S-100 que pone de manifiesto las células de Schwann. (Figs. 2 y 3).



Fig. 1. Lesión bien delimitada de tipo nodular, lisa, firme, elevada y móvil, en borde lateral de lengua.

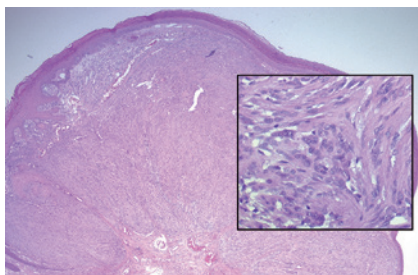


Fig. 2. Lesión polipoide cubierta por epitelio escamoso queratinizado. Características citológicas de benignidad de células fusiformes en empalizada. Proliferación fibroblástica de células de Schwann.

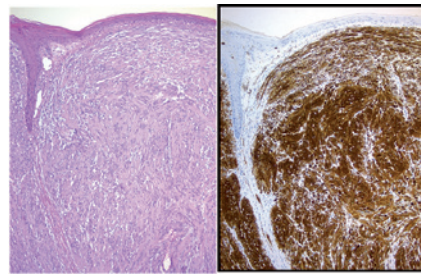


Fig. 3. Característica disposición en "empalizada" de los núcleos de las células tumorales. Fuerte inmunotinción positiva para la proteína S 100.

1.32 Leucoplasia homogénea

Bascones Martínez A., Cano Sánchez J., Campo Trapero J.
Departamento Medicina y Cirugía Bucofacial, Facultad de Odontología,
Universidad Complutense, Madrid.

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 53 años que acude a consulta por presentar una placa blanca en encía vestibular inferior derecha. No presenta ningún antecedente médico de interés. El paciente es fumador de 2 paquetes cigarrillos/día y bebedor ocasional.

EXPLORACIÓN

A la exploración se observa placa blanca que no se desprende al raspado y asintomática que abarca la encía vestibular desde 4.1 a 4.5 y parte del fondo de vestíbulo (Fig 1 y 2). El paciente no recuerda desde cuando la tiene ni si le ha ido aumentando de tamaño. Se observa un estado bucodental descuidado por mala higiene y la última revisión odontológica la realizó hace más de 3 años.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Queratosis friccional
Leucoplasia
Candidiasis

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se decide realizar una biopsia incisional ante la poco probable posibilidad de que el paciente deje de fumar. El resultado histopatológico informó de displasia epitelial leve.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Leucoplasia con displasia leve

CLAVES DEL CASO

Se insta al paciente a dejar el hábito de fumar y se le informa de las posibilidades de transformación maligna de la lesión que tiene y se planifica la excisión completa de la misma mediante bisturí frío y posterior vaporización con láser de CO₂.



Fig. 1. Visión frontal de lesión blanca en encía derecha.



Fig. 2. Leucoplasia a mayor aumento.

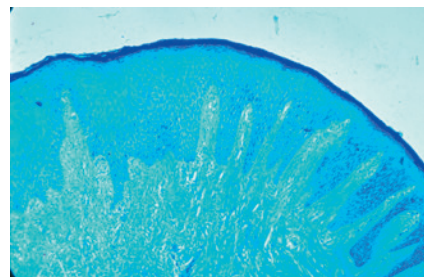


Fig. 3. Estudio histopatológico: Hiperqueratosis con displasia epitelial leve.

1.33 Patología de la mucosa oral: Leucoplasia homogénea

Uribarri Agurne*, Echebarria M.A.*, Aguirre P.**, Aguirre Urizar J.M.*

*Unidades de Medicina Bucal y de Patología Oral y Maxilofacial. Servicio Clínica Odontológica. Dpto. de Estomatología. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad del País Vasco / EHU. **Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 75 años que acude a consulta remitida por su dentista al observarle una mancha en la lengua. La paciente no relata ninguna molestia y no sabe desde cuando puede tenerla. No ha fumado nunca y consume un vaso de vino diario. No presenta ningún antecedente patológico relevante.

EXPLORACIÓN

Sobre un fondo atrófico se reconoce, en la porción derecha media del dorso lingual, una placa blanca bien definida fisurada que no se desprende al rasparla. La placa es irregular y mide 2,3x1cm (Figura 1). No se reconocen ninguna lesión semejante en otras áreas bucales. El resto del dorso lingual presenta atrofia y pérdida de papilas con emblanquecimiento mucoso con fisurización.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Leucoplasia homogénea
- Lesión liquenoide
- Carcinoma de células escamosas
- Otras patologías mucosas: candidosis hiperplásica

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realizó biopsia incisional de la lesión que muestra una hiperplasia epitelial con hiperortoqueratosis y granulosis. La maduración está conservada y no se observan fenómenos de displasia epitelial. No existen datos inflamatorios en el corion (Figura 2).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Leucoplasia homogénea (Sin displasia epitelial)

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

El diagnóstico clínico es fundamental en esta patología, asociada a la existencia de una placa bien definida que no se desprende por el raspado. La biopsia es obligatoria para el diagnóstico y para valorar la presencia de displasia epitelial.



Fig. 1. Lesión en placa homogénea.

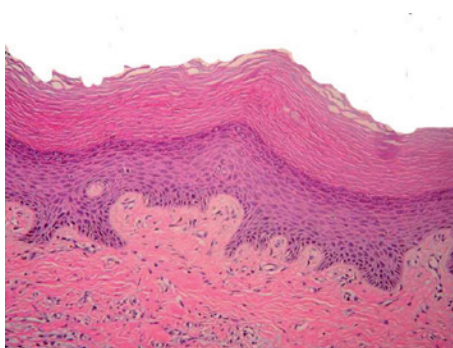


Fig. 2. Hiperplasia epitelial con hiperqueratosis (H&E 40X).

1.34 Evolución de Leucoplasia no homogénea

Bascones Martínez A., Campo Trapero J., Cano Sánchez J.
Departamento Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología.
Universidad Complutense, Madrid

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 45 años que acude a consulta por presentar una lesión blanca verrucosa en cara ventral de lengua de casi un año de evolución. El paciente es gran fumador desde hace más de 20 años.

EXPLORACIÓN

A la exploración se observa una lesión verrucosa blanca que no se desprende al raspado y asintomática que abarca la cara ventral de lengua y que se extiende a suelo de boca (Fig 1).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Queratosis friccional
Leucoplasia
Candidiasis

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se decide realizar una biopsia incisional para estudio histopatológico que informó de hiperqueratosis con ortoqueratosis sin signos de displasia epitelial.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Leucoplasia asociada a tabaco sin displasia

CLAVES DEL CASO

Al informar al paciente de que aunque no se encontraran signos de displasia la lesión podría malignizarse y ante el gran tamaño de la misma se recomendó al paciente dejar de fumar. El paciente inició programa de deshabituación tabáquica con Zyntabac® y al mes la lesión había disminuido a casi la mitad su tamaño inicial (Fig 2). A los 6 meses de dejar de fumar la lesión había desaparecido completamente (Fig 3).



Fig. 1. Leucoplasia en cara ventral de lengua.



Fig. 2. Disminución del tamaño de lesión al mes de dejar de fumar.



Fig. 3. Desaparición de la lesión a los 6 meses.

1.35 Eritroplasia

Llamas Martínez S.
Departamento de Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología. Universidad
Complutense de Madrid

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 51 años de edad que es remitida a nuestro servicio por presentar una lesión extensa, dolorosa y urente en paladar de aproximadamente 6 meses de evolución. La paciente considera que la lesión se inició alrededor de un puente ceramo-metálico mal adaptado que se extendía desde el diente 25 al 27; los cuales fueron exodonciados. La lesión no respondió a tratamiento antibiótico, ni antifúngicos tópicos y la lesión fue extendiéndose. Entre los antecedentes personales, la paciente fue operada de glaucoma, es hipertensa en tratamiento ocasional con diuréticos y padeció un soplo mitral sin consecuencias funcionales. La paciente es fumadora de 7 cigarrillos diarios y bebedora moderada. El resto de antecedentes personales y familiares carecen de interés diagnóstico.

EXPLORACIÓN EXTRAORAL

No se objetivan adenopatías a la exploración extraoral.

EXPLORACIÓN INTRAORAL

A la exploración intraoral se observa una extensa lesión de carácter eritematoso que ocupa gran parte del paladar duro, desde el reborde alveolar izquierdo hasta más allá de la línea media. El aspecto de la lesión es aterciopelado y mamelonado en algunos puntos. Consistencia blanda a la palpación y produce dolor la realización de esta maniobra.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realiza una ortopantomografía en la que no se extrae ningún dato patológico de interés. Parece apreciarse una menor densidad ósea a nivel del maxilar izquierdo perfectamente atribuible a las extracciones recientemente realizadas. Se realiza un TAC cérvico-facial, que sugiere cierta invasión ósea.

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO

La muestra histológica presenta proliferación de nidos tumorales de células escamosas y cordones con intensa infiltración inflamatoria aguda y crónica. Con positividad de p53 para células basales y suprabasales e intensa positividad para Ki67 (M1B1); marcador de proliferación celular.

POSIBLES DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Es necesario establecer el diagnóstico diferencial entre las diferentes lesiones rojas localizadas. Entre ellas:

- 1. Mucositis inespecífica:** como respuesta exagerada a un posible factor irritativo traumático. En el caso que nos ocupa no existe otro a excepción del puente. Tras su remoción y extracción de los dientes pilares, la lesión persistió
- 2. Candidosis hipertrófica:** Por el componente inflamatorio crónico y la sintomatología de dolor, podría tratarse de una candidosis hipertrófica. No obstante, no respondió al tratamiento antimicótico tópico
- 3. Hemangioma:** Podría tratarse de un tumor vascular. Sin embargo, estos suelen ser congénitos o de larga evolución.
- 4. Eritroplasia:** Descartando las anteriores posibilidades diagnósticas y considerando la historia de la paciente de fumadora y bebedora moderada, podría tratarse de una eritroplasia a pesar su escasa prevalencia (rangos del 0.02-0,83%)

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Eritroplasia oral.

1.35 Eritroplasia

Llamas Martínez S.
Departamento de Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología. Universidad
Complutense de Madrid



Fig. 1. Exploración intraoral en la que se observa lesión eritematosa que ocupa gran parte del paladar duro.

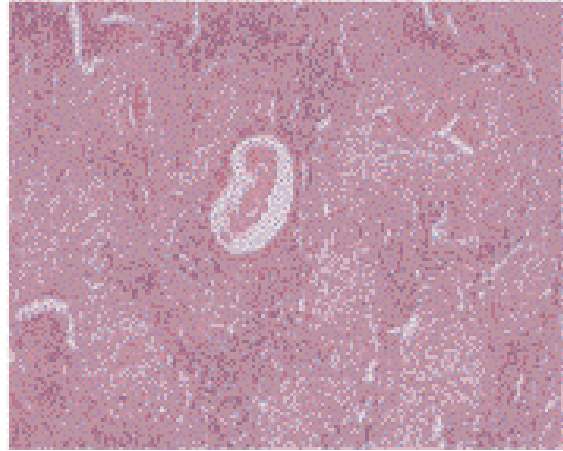


Fig. 2. Imagen histológica con proliferación de ciclos tumorales e células escamosas y cordones con intensa infiltración inflamatoria.



Fig. 3. Radiología panorámica sin datos de interés.

1.36 Eritroleucoplasia (Carcinoma in situ)

Bascones Martínez A., Bascones Ilundain, J. Moreno López LA, Campo Trapero J, Cano Sánchez J.
Departamento de Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 64 años de edad que acude a consulta para tratamiento protésico. El paciente confiesa que fuma más de una cajetilla diaria y bebe más de un vaso de vino y una copa de licor al día. El paciente no es consciente de la lesión y dice no saber el tiempo de evolución.

EXPLORACIÓN

Se observa una lesión de coloración blanca y roja en la mucosa alveolar y vestibular de sextante antero inferior. La lesión parece corresponder con una zona de hiperqueratosis junto con una zona de atrofia epitelial. La lesión es asintomática. Fig. 1.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se planteó un diagnóstico provisional de eritroleucoplasia frente a candidosis y enfermedades vesiculoampollosas que pudieran producir las erosiones que se observaban en la clínica.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realizó la exéresis quirúrgica completa de la lesión. Y su estudio anatomopatológico.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Carcinoma in situ sobre una lesión clínica de eritroleucoplasia. Los márgenes de la lesión están libres de enfermedad. Fig 2.

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

Clínicamente se observa una lesión predominantemente blanca el seno de la cual aparecen áreas rojas que no se pueden caracterizar como otra lesión. Desde el punto de vista clínico no se pueden apreciar cambios de displasia epitelial que con frecuencia se observan en estas lesiones. Los primeros cambios en la malignización e incluso en la producción de un carcinoma in situ pueden no tener un cambio clínico muy evidente.

El tratamiento de la eritroleucoplasia es la extirpación quirúrgica completa de la lesión aunque existe una tasa mayor de recidiva que en el caso de la leucoplasia homogénea. En este caso que el diagnóstico fue de carcinoma con márgenes sanos al paciente se le realizaron estudios de imagen para comprobar que no existían lesiones regionales y de controles frecuentes.

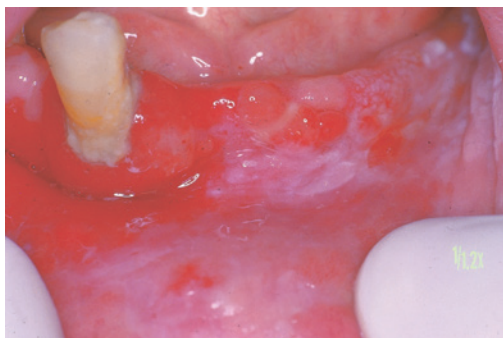


Fig. 1. Lesión eritroleucoplásica con zonas blancas y atróficas.

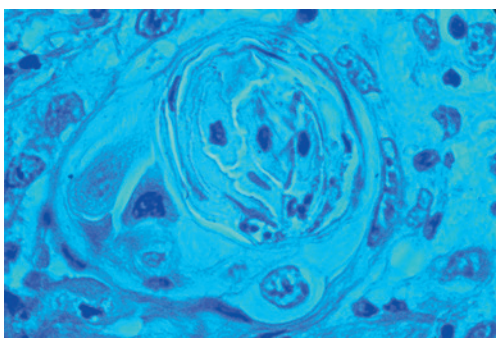


Fig. 2. Globo córneo en formación intraepitelial.

1.37 Carcinoma de células escamosas como transformación maligna de Leucoplasia

Uribarri A., Echebarria M.A., Eguía A., Aguirre J.M.

Unidades de Medicina Bucal y de Patología Oral y Maxilofacial. Servicio Clínica Odontológica.
Dpto. de Estomatología. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad del País Vasco / EHU.

HISTORIA CLÍNICA Primera visita:

Mujer de 69 años que acudió a consulta al presentar unas manchas en la lengua que le había descubierto su dentista (Figura 1). No le duele y ella no lo relaciona con nada. Es fumadora de 10 a 15 cigarrillos diarios desde hace años y consume moderadamente alcohol. Presenta hipercolesterolemia mínima que controla con dieta.

EXPLORACIÓN Primera visita:

Se observa una placa blanca cuarteada en la cara dorso lateral de la lengua, que no se desprende por el raspado y mide 2,5x1,2 cm (Figura 1). Se reconocen maculas blancas en mucosa yugal bilateral asociadas a una línea alba marcada.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Primera visita:

- Leucoplasia homogénea
- Lesión liquenoide
- Carcinoma de células escamosas
- Otras: nevo blanco esponjoso, candidiasis hiperplásica, etc.a.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Primera visita:

Se realizó biopsia incisional en una zona marginal que mostró un fenómeno hiperplásico del epitelio mucoso con hiperortokeratosis y granulosis sin que se observasen datos de displasia epitelial.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO Primera visita:

Leucoplasia homogénea sin displasia epitelial

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO Primera visita:

El aspecto clínico homogéneo, junto a los antecedentes y los datos histopatológicos. A la paciente se le aconsejó cese de todo tipo de irritantes, específicamente el tabaco y el alcohol y controles periódicos.

HISTORIA CLÍNICA Segunda visita:

La paciente vuelve a los 3 años por molestias ligeras en la lengua. Señala que ahora fuma menos y no consume alcohol. No existen otros antecedentes de interés durante este tiempo.

EXPLORACIÓN Segunda visita:

Se observa una lesión eritroleucoplásica sobreelevada en la misma zona que la lesión leucoplásica anterior, nodular con áreas irregulares blancas y rojas en su superficie (Figura 3). La lesión está indurada y no se reconoce un margen. A la palpación la lesión es ligeramente dolorosa. La movilidad lingual es normal y no se palpan adenomegalias cervicales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Segunda visita:

- Leucoplasia no homogénea (eritroleucoplasia)
- Carcinoma de células escamosas
- Liqueen plano erosivo-ulcerativo
- Otras: Neoplasia conectiva,

1.37 Carcinoma de células escamosas como transformación maligna de Leucoplasia

Uribarri A., Echebarria M.A., Eguía A., Aguirre J.M.
Unidades de Medicina Bucal y de Patología Oral y Maxilofacial. Servicio Clínica Odontológica.
Dpto. de Estomatología. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad del País Vasco / EHU.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Se realizó biopsia incisional en una zona marginal que mostró una proliferación neoplásica epitelial escamosa bien diferenciada que infiltra en profundidad alcanzando el músculo estriado. Se observa una intensa respuesta inflamatoria crónica peri e intratumoral (Figura 4).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Carcinoma oral de células escamosas bien diferenciado
(Malignización de lesión leucoplásica)

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO:

El aspecto clínico pseudotumoral, no homogéneo (eritroleucoplásico), junto a los antecedentes, la exploración con la apreciación de induración e infiltración y los datos histopatológicos de neoplasia escamosa maligna.



Fig. 1. Lesión leucoplásica en dorso lingual.

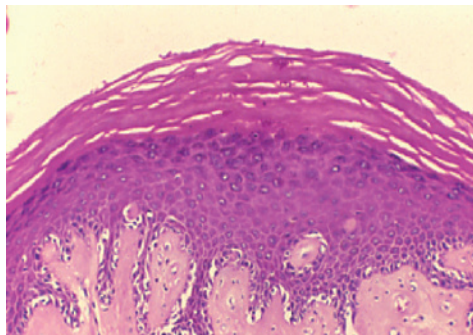


Fig. 2. Hiperplasia epitelial con hiperortoqueratosis y granulosis (H&E 20X).



Fig. 3. Lesión eritroleucoplásica en dorso lingual.

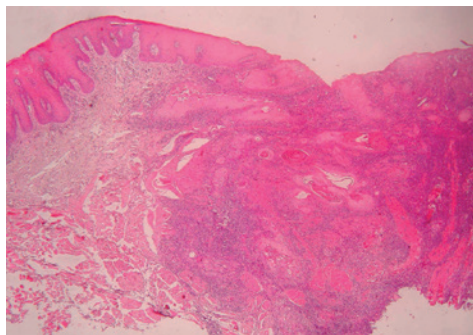


Fig. 4. Limite de la lesión que muestra una proliferación epitelial escamosa infiltrante con intensa respuesta inflamatoria (H&E 10X).

1.38 Carcinoma oral de células escamosas

Martínez-Conde R., Tejedor B., Uribarri A., Aguirre J.M.
Unidades de Medicina Bucal y de Patología Oral y Maxilofacial. Servicio Clínica Odontológica.
Master de Patología Oral. Dpto. de Estomatología. Facultad de Medicina y Odontología.
Universidad del País Vasco / EHU.

HISTORIA CLÍNICA

Varón 70 años de edad que acude a consulta por que tiene una llaga en la boca que le molesta y que no se le ha curado con diferentes colutorios que le ha prescrito su medico de familia (Figura 1). Relata que hace unos 2 meses que le empezó, aunque ahora le molesta mas y de un modo continuo. El paciente no fuma desde hace 8 años y niega consumir alcohol en la actualidad. Esta en tratamiento farmacológico por hipertensión arterial, hipercolesterolemia y gota. Desdentado completo con prótesis removibles de unos 20 años de antigüedad.

EXPLORACIÓN

Se observa una lesión tumoral en el margen lingual derecho de 3,5x3cm. La tumoración esta ulcerada en su porción central y muestra bordes elevados irregulares, y una coloración rojiza periférica con zonas maculares y papulares blanquecinas (Figura 1). A la palpación es ligeramente dolorosa y se aprecia induración periférica sin límites precisos. Las prótesis están desajustadas con un marcado desgaste dentario. Se palpan dos nódulos duros desplazables en la porción superior ipsilateral del cuello.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Carcinoma de células escamosas.
- Otras neoplasias malignas: Linfoides, Salivales, Conectivas.
- Metástasis
- Otras patologías específicas no neoplásicas como: Tuberculosis, Micosis, etc

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realiza biopsia incisional de la zona marginal y se reconoce una proliferación neoplásica escamosa bien diferenciada, constituida por nidos y cordones de células anaplásicas escamosas que penetran en profundidad (Figura 2). Se observan abundantes disqueratosis con formación de globos córneos, así como infiltración tumoral perineural que explicaría las molestias actuales continuas que relata el paciente (Figura 3).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Carcinoma oral de células escamosas (bien diferenciado)

CLAVES DIAGNÓSTICO

Los datos clínicos de este caso son muy indicativos de un proceso neoplásico de la mucosa oral: la edad, la cronicidad, la tumoración ulcerada, los antecedentes del binomio tabaco-alcohol, etc. El análisis histopatológico obligatorio confirma que se trata de un carcinoma de células escamosas.



Fig. 1. Tumoración ulcerada en borde lingual.

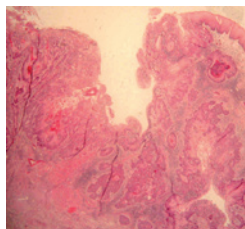


Fig. 2. Límite de la lesión mostrando una proliferación epitelial escamosa maligna (H&E 10X).

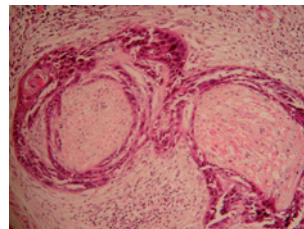


Fig. 3. Infiltración neoplásica perineural (H&E 40X).

1.39 Carcinoma de células escamosas

Martínez-Conde R.*, Cortés D.*, Aguirre P.***, Aguirre J.M.*

*Unidades de Medicina Bucal y de Patología Oral y Maxilofacial. Servicio Clínica Odontológica. Master de Patología Oral. Dpto. de Estomatología. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad del País Vasco / EHU. **Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

HISTORIA CLÍNICA

- Varón 48 años
- 2 meses evolución
- Fumador
- Quemazón

Hombre de 48 años que acude por presentar sensación de quemazón en el suelo de boca desde hace mas de 1 mes. Últimamente se ha hecho continuo. El paciente refiere fumar unos 20 cigarrillos al día. Presenta una hepatopatía alcohólica controlada por su Medico de Familia.

EXPLORACIÓN

Se observa una lesión eritroleucoplásica en la porción derecha del suelo de boca con áreas erosivas y pequeñas ulceraciones. La lesión tiene límites imprecisos y mide 2,2x1 cm (Figura 1). Se reconoce una empaliodecimiento de ambas mucosas yugales. La palpación bimanual es dolorosa y muestra induración en la zona central. No se palpan adenomegalias cervicales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Eritroleucoplasia
- Carcinoma oral de células escamosas.
- Otros procesos: mucocutaneos

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realizo biopsia incisional de la lesión que demostró la existencia de una proliferación escamosa maligna que penetraba en profundidad y mostraba una diferenciación moderada con aisladas disqueratosis (Figura 2).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Carcinoma oral de células escamosas (moderadamente diferenciado)

CLAVES DIAGNÓSTICO

Las claves del diagnóstico son la presencia de una lesión eritroleucoplásica mantenida en el tiempo en un paciente fumador y en una localización de “alto riesgo” como es el suelo de boca. La asociación a hepatopatía es también un dato sospechoso. En este caso la biopsia es obligatoria y en este caso confirmadora del diagnóstico clínico presuntivo.

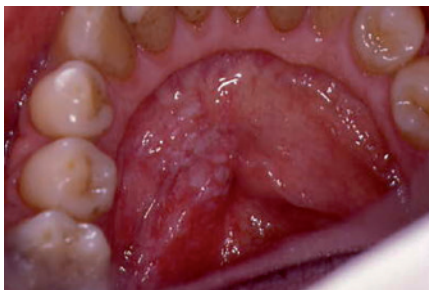


Fig. 1. Lesión localizada en suelo de boca.

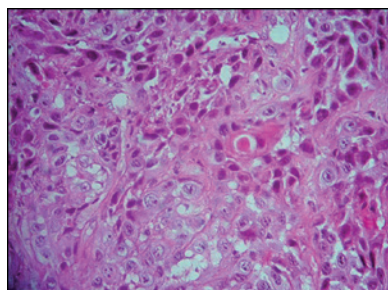


Fig. 2. Proliferación escamosa maligna (H&E 60X).

1.40 Carcinoma oral de células escamosas

Barrero M. V. (1) (2), García Jiménez (1)

(1) Facultativo Especialista de Área.

(2) Profesor Asociado Universidad Las Palmas Gran Canaria.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 67 años. Acude a consulta porque la prótesis le ha producido varias llagas en el paladar (Fig. 1). En otras ocasiones le desaparecieron, pero ésta última lleva un par de meses de forma continua.

No fuma ni bebe.

EXPLORACIÓN

Úlcera en la tuberosidad del maxilar. Al retirar la prótesis (Fig. 2) se observa que afecta al paladar duro y blando. En el cuello se aprecia una tumoración dura, adherida a planos profundos, no dolorosa de unos 8 centímetros de diámetro mayor (Fig. 3).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Úlcera traumática.

COCE.

Candidiasis subprotética.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La biopsia nos dió el diagnóstico definitivo.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

COCE de paladar.

CLAVES DIAGNÓSTICO

Aspecto clínico de la lesión: Ausencia de relación causa-efecto.

Existencia de un nódulo cervical sugerente de metástasis. La biopsia de la lesión.



Fig. 1. Lesión ulcerada en la zona de sellado marginal de la prótesis removible.

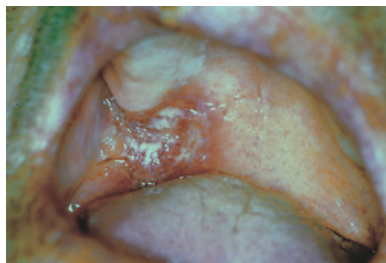


Fig. 2. La úlcera se extiende al paladar duro y blando, bajo la prótesis.

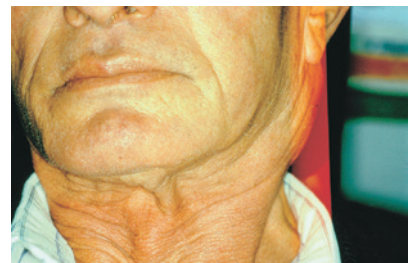


Fig. 3. Metástasis cervical.

1.41 Carcinoma oral de células escamosas

Cerero Lapiedra R., Esparza Gómez G., Llamas Martínez S., Moreno López L.A., Campo Trapero J.

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 54 años que acude a consulta remitida por su dermatólogo por presentar una lesión ulcerosa en borde lateral derecho de la lengua.

Hace 6 años, fue diagnosticada de lesiones dermatológicas de liquen ruber plano. Seis meses después, aparecen varias lesiones en cavidad oral, entre ellas una erosión en borde lateral izquierdo, cuyo diagnóstico histopatológico fue de liquen plano. Esta lesión, no remite, y evoluciona a úlcera que no responde a tratamiento(acetónido de triamcinolona 0.1% en orabase, propionato de clobetasol al 0.05% en orabase y ciclosporina en enjuagues).. Es remitida a nuestro servicio..

A la inspección, observamos en el borde lateral izquierdo de la lengua, una úlcera de 1 cm de diámetro y una pequeña lesión ulcerosa de 3 mm en la zona anterior. A la palpación, existe dolor e induración. No se palpan adenopatías.(Figura 1).

No fuma.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Carcinoma oral de células escamosas.
- Liquen plano.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

- Carcinoma de células escamosas microinvasor bien diferenciado (Fig 2).

TRATAMIENTO

Se remite a un servicio hospitalario para su tratamiento.



Fig. 1. Lesión ulcerada en borde lateral lengua.

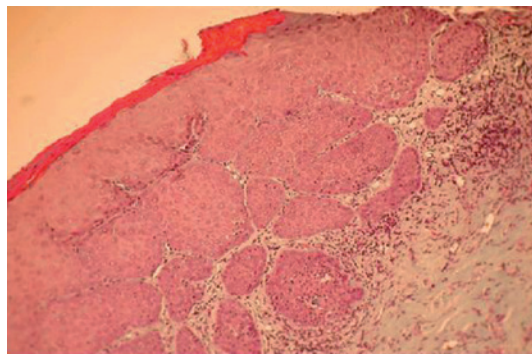


Fig. 2. Aspecto histopatológico de la biopsia.

1.42 Carcinoma epidermoide

Di Cosola M. (1), Altacera M. (1), Turco M. (1), Lo Muzio L. (2), Bascones Martínez A. (3)

(1) Departamento de Odontología y Cirugía, Universidad de Bari, Italia.

(2) Departamento de Odontología y Cirugía, Universidad de Foggia, Italia.

(3) Departamento de Odontología y Cirugía, UCM, Madrid, España.

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 72 años de edad, procedente de zona rural del sur Italia, que consulta por la presencia de una voluminosa tumoración sobre el labio superior y en el paladar duro, de 30 meses de evolución que no ha sido tratado nunca. Fumador de mas de 50 cigarrillos por día, fuerte consumidor de alcohol y en su alimentación notable empleo de especias picantes; como antecedentes medicos de interes presentaba hipertension arterial sistemica, hipercolesterolemia, hipertension portal, cirrosis, y bronquitis crónica obstructiva.

EXPLORACIÓN

En la exploración se observa una evidente y voluminosa lesión que se extiende del labio superior hasta mitad del paladar duro, con una notable erosión del plan óseo y una destrucción total de los tejidos blandos (Fig. 1-2). A la palpacion la tumoracion aparece de consistencia duroelastica, echada a los planes inferior, no desplazable. El paciente no llevó ningún tipo de prótesis dental a causa de la tumoracion, y eso se trasladó sobre su régimen alimenticio causando una notable bajada le ponderas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tumor glandula salivar menor. Carcinoma epidermoide. Carcinoma verrucoso. Manifestación oral de otra patología.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Los marcadores tumorales sistémicos y los exámenes TAC total body no confirmaron la presencia de tumores en otros distritos del cuerpo ni tampoco la presencia de patologías sistémicas. Todos los exámenes instrumentales por el terzero inferior de la cabeza, TAC y RMN se ejecutaron, de los que emergidas la notable erosión sea de los tejidos blandos que del paladar duro (Fig. 3). Se realizó una biopsia excisional que confirmó el diagnóstico de carcinoma mucoepidermoide.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Carcinoma epidermoide.

CLAVES DIAGNÓSTICO

Aspecto clinico, biopsia, TAC, en este caso, valorar la oportunidad y el éxito de la cirugía.



Fig. 1.



Fig. 2.

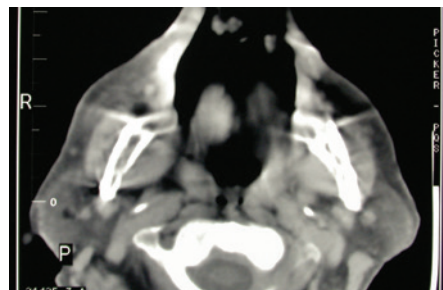


Fig. 3.

1.43 Carcinoma verrucoso

Cerero Lapiedra R., Esparza Gómez G., Palacios Sánchez B., Campo Trapero J.
Departamento de Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología. UCM.

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 81 años que acude a consulta en Abril de 2004 por presentar una lesión blanca exofítica a nivel de la encía del 22 (Fig 1). Notaba ligero escozor al comer alimentos ácidos y molestias al cepillarse. La paciente refiere que hace 20 años comenzó a desarrollar lesiones blancas en diversas zonas de la encía, tanto superior como inferior.

A lo largo de este tiempo, que se le han realizado tres biopsias con los siguientes resultados: “leucoqueratosis”, “epidermización con rasgos liquenoides” y “liquen plano”(esta última hace dos años). Hace varios meses, la zona gingival correspondiente al 21,22 y 23 comenzó a crecer y a producir sintomatología.

A la exploración, se observan varias lesiones blancas en toda la encía vestibular superior. En la zona derecha desde 13 hasta distal del 16 es una lesión homogénea, de igual forma en la zona inferior toda la encía vestibular tanto insertada como libre, desde 44 hasta 33. En la zona gingival superior izquierda, sobre una lesión blanca homogénea, se observa una lesión exofítica de 1x1 cm a nivel del 21,22, y 23 y otras pequeñas lesiones exofíticas de 2-3 mm a nivel de 24 y 26. En la papila del 21,22 se aprecia una zona eritematosa. (Fig 1). Se toman dos biopsias, la Biopsia nº 1 corresponde a la lesión exofítica y la Biopsia nº 2 a la lesión blanca posterior (Fig 2).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Liquen plano oral
- Leucoplasia
- Carcinoma verrucoso
- Carcinoma oral de células escamosas

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Se realizaron dos biopsias (Fig 2)

Biopsia nº1

Secciones de mucosa gingival con desarrollo de crecimiento papilar de predominio exofítico con hiperqueratosis. Las células epiteliales forman algunos globos córneos y tienen escasas atipias cariocitoplasmáticas y eventuales mitosis. Los márgenes de crecimiento de la proliferación son infiltrantes (Fig 3)

Biopsia nº2

Se aprecian inflamación subepitelial y rasgos en estrato basal compatibles con lesión de liquen plano oral.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

- Biopsia nº 1

Carcinoma verrucoso de Ackerman

- Biopsia nº 2

Liquen plano oral.

TRATAMIENTO

Se extirpa completamente y se seguirá la evolución de las diferentes lesiones blancas cada 3 meses.

1.43 Carcinoma verrucoso

Cerero Lapiedra R., Esparza Gómez G., Palacios Sánchez B., Campo Trapero J.
Departamento de Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología. UCM.



Fig. 1. Aspecto macroscópico de la lesión.

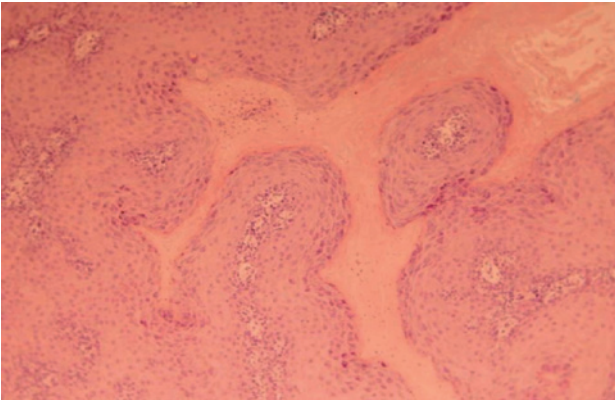


Fig. 2. Biopsia 1. Carcinoma verrucoso.

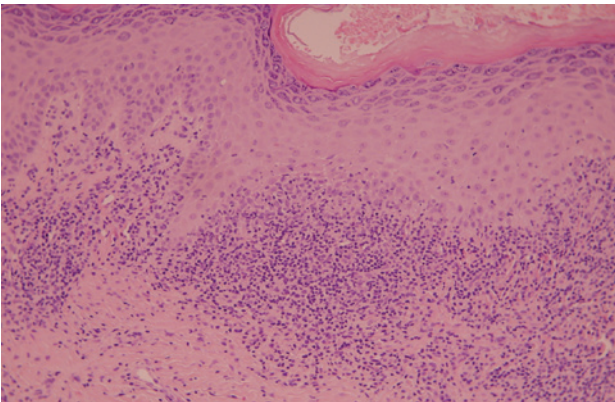


Fig. 3. Biopsia 2. Liquen plano.

1.44 Carcinoma verrucoso

López Jornet P. (1). Bermejo Fenoll A. (2)
Departamento de Estomatología. Facultad de Odontología Universidad de Murcia.

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 50 años de edad, procedente de zona rural, que consulta por la presencia de una tumoración labial asintomática, de unos 6 meses de evolución, que ha ido aumentando de tamaño de forma paulatina. Fumador de 40 cigarrillos diarios. Como antecedentes médicos de interés presentaba hipertensión arterial e hipercolesterolemia y había sido operado dos años antes de pólipos vesicales.

EXPLORACIÓN

Se observa a nivel de la comisura labial derecha una lesión blanca de 3 x 3 mm de diámetro ligeramente sobreelevada, no pediculada, desplazable y de consistencia elástica (Fig. 1) de base eritematosa, junto con otras lesiones blancas no homogéneas localizadas en mucosa yugal, que no se desprenden con el raspado (Figura 2). El paciente es portador de una prótesis dental completa superior y parcial removible inferior.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Liquen plano, leucoplasia oral, eritroplasia.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se lleva a cabo una biopsia con punch de 8 mm del área exofítica y el estudio histopatológico revela la presencia de un epitelio plano estratificado con intensa acantosis y papilomatosis con erosión en superficie. La base de las crestas, en forma de maza alcanza la red vascular sin infiltrarla, estando constituidas por células escamosas intensamente pleomórficas con mitosis (Fig. 3, 4).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Carcinoma verrucoso.

CLAVES DIAGNÓSTICO

El crecimiento exofítico lento progresivo y poco agresivo. Aspecto papilomatoso, con cierto grado de queratinización



Fig. 1. Imagen clínica donde se observa a nivel de la comisura labial una lesión blanca exofítica bien delimitada junto con zonas blanquecinas e eritematosas en un paciente fumador.

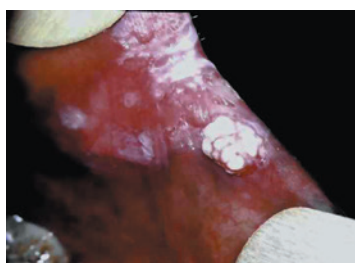


Fig. 2. Imagen a mayor aumento de la lesión anterior.

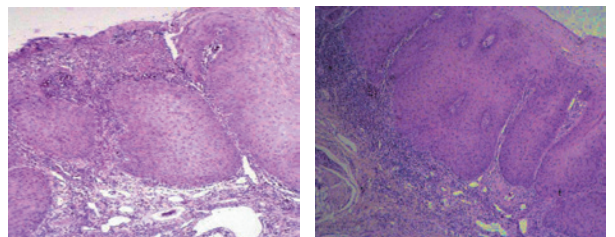


Fig. 3 A y B. Imagen histológica de la lesión en la que se observa una hiperplasia excesiva del epitelio. La base de las crestas, en forma de maza, alcanza la red vascular sin infiltrarla, estando constituidas por células escamosas intensamente pleomórficas con mitosis (tinción con Hematoxilina Eosina).



inspirin



Antonio Bascones