

Casos Clínicos en Medicina Oral.

02 Patología mucosa infecciosa



Antonio Bascones

Índice

- 2.1** Actinomicosis post exodoncia
- 2.2** Herpes simple intraoral
- 2.3** Gingivoestomatitis herpética primaria
- 2.4** Herpes recurrente labial
- 2.5** Herpes zoster
- 2.6** Candidiasis hiperplasia crónica
- 2.7** Candidiasis pseudomembranosa-sida
- 2.8** Sarcoma de kaposi
- 2.9** Papiloma escamoso
- 2.10** Leucoplasia vellosa y periodontitis necrotizante
- 2.11** Paracoccidiomicosis
- 2.12** Paracoccidiomicosis
- 2.13** Sífilis secundaria
- 2.14** Tuberculosis secundaria
- 2.15** Glositis rómbica

2.1 Actinomicosis postexodoncia

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

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 45 años que acude a consulta por presentar desde hace un par de meses inflamación en región geniana baja, coincidiendo con la extracción del segundo molar inferior derecho. Comenta que hace 15 días le apareció una fístula en piel en dicha zona.

EXPLORACIÓN

A la exploración extraoral se observa la fístula en la región geniana baja, que presenta supuración granular amarillenta al realizar presión en la zona. La piel perilesional tiene una coloración rojizaviolácea. (Fig. 1). A la exploración intraoral se observa el alveolo en fase de cicatrización.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Absceso cronicado
Osteomielitis crónica
Infección periapical
Actinomicosis

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS-TRATAMIENTO

Se solicitó una ortopantomografía y se realizó biopsia de la lesión granulomatosa. (Fig. 2). Radiográficamente se observó una lesión radiolúcida debida a la extracción realizada. La histología mostró nidos de actinomices rodeados de un infiltrado inflamatorio. La realización de varios cultivos fue negativa. (Fig. 3). La paciente fue tratada con legrado minucioso del área y Amoxicilina y ácido clavulánico durante tres meses, respondiendo correctamente al tratamiento.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Actinomicosis

CLAVES DEL CASO

Se muestra un caso de actinomicosis postextracción dentaria. El actinomices es una bacteria anaerobia facultativa Gram positiva difícil de cultivar, que puede causar infecciones a través de lesiones traumáticas, como puede ser una extracción dentaria. La supuración característica de estas lesiones es granulosa y de coloración amarillo-verdoso. Estas infecciones se caracterizan por tener un curso crónico y responder a altas dosis de antibióticos (Amoxicilina-ácido clavulánico) durante largos periodos de tiempo, acompañado de tratamiento quirúrgico en los casos más resistentes. En caso de examen bacteriológico negativo, la presencia de colonias de actinomices en la biopsia es suficiente para establecer el diagnóstico.



Fig. 1. Lesión fistulosa en región geniana baja.



Fig. 2. Lesión radiolúcida en la zona de la extracción dentaria.

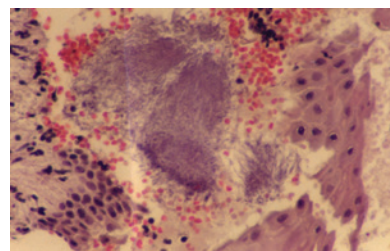


Fig. 3. Estudio histopatológico.

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 58 años que acude a consulta en por presentar un dolor intenso en el paladar que le impide comer normalmente y que cede parcialmente con paracetamol. La paciente refiere que lo padece hace unos 4-5 días y que ha coincidido con un proceso febril de vías respiratorias altas, que no ha sido tratado.

A la inspección, observamos en el paladar duro, múltiples úlceras superficiales que se distribuyen por ambos lados del paladar (Figura 1).

No fuma. Bebe con moderación.

La paciente no tiene antecedentes de haber padecido aftas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Estomatitis aftosa recurrente herpetiforme.
- Herpes intraoral.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

- Herpes recurrente intraoral.

TRATAMIENTO

Se hará tratamiento sintomático: clorhexidina en gel, paracetamol.

EVOLUCIÓN

Curación completa a los 8 días.



Fig. 1. Aspecto de las lesiones.

2.3 Gingivoestomatitis herpética primaria (Primoinfección herpética)

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

HISTORIA CLÍNICA

Un niño de 7 años refiere fiebre de 38° C, dolor en la boca y garganta, y malestar general desde hace 4 días. Apenas ha podido comer en este tiempo. Por lo demás es un niño sano y ha pasado los procesos propios de la infancia.

EXPLORACIÓN

Se observa la presencia de múltiples vesículas, milimétricas, la mayoría sin techo, que dan lugar a pequeñas erosiones distribuidas por labio inferior, encía inferior, mucosas yugales y bordes linguales. Además presenta una gingivitis generalizada y una notable halitosis.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Estomatitis aftosa recurrente, forma herpetiforme.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

El diagnóstico del cuadro se realiza en la mayoría de las ocasiones por la clínica aunque en algunas ocasiones puede ser necesario utilizar otras técnicas como citología exfoliativa, cultivo del virus o detección de antígenos virales mediante ELISA o técnicas de inmunoperoxidasa, o detección del DNA viral mediante PCR.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Gingivoestomatitis herpética primaria (Primoinfección herpética)

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

Es difícil encontrar vesículas orales intactas y el cuadro puede confundirse con otras enfermedades, pero la aparición de unos hallazgos clínicos de forma brusca como los que se han comentado en un niño debe hacer sospechar una gingivoestomatitis herpética primaria. El sujeto sano susceptible suele infectarse en el territorio orofacial por el VHS durante la primera infancia, sobre todo entre los 2 y los 5 años (menos frecuentemente en la adolescencia o juventud) a partir del contacto directo con las lesiones de otro sujeto infectado por besos o por saliva.



Fig. 1. Vesículas sobre fondo en mucosa labial inferior y encía vestibular.



Fig. 2. Lesiones en el dorso de la lengua.



Fig. 3. Vesículas en mucosa yugal.

2.4 Herpes recurrente labial

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

HISTORIA CLÍNICA

Una joven de 17 años acude a consulta por presentar unas “calenturas” muy molestas de 6 días de evolución tras haber padecido un fuerte catarro de vías aéreas superiores que cursó con fiebre alta. Le han salido en otras ocasiones coincidiendo con la menstruación, pero nunca de un tamaño tan grande como el actual.

No tiene hábitos tóxicos y carece de antecedentes de interés.

EXPLORACIÓN

Se observa una costra que ocupa la mitad izquierda de la mucosa labial inferior, de unos 3 cm. de largo y que hacia el interior todavía presenta una zona erosiva. Muy dolorosa al tacto.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Habitualmente no suelen plantearse dudas diagnósticas con otros procesos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

El diagnóstico del proceso puede realizarse por los hallazgos clínicos que son bastante sugerentes y tan solo en contadas ocasiones pueden ser necesarias otras técnicas como la citología o la biopsia. El examen histopatológico de las lesiones mostraría la formación de vesículas intraepiteliales y las células epiteliales alteradas por la degeneración balonizante producida por la inclusión de los virus intracelularmente. Menos frecuentemente pueden ser necesarias otras técnicas más complejas como los cultivos, detección de antígenos virales por técnicas inmunohistoquímicas o ELISA, o detección por PCR del DNA viral.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Herpes labial recurrente.

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

La aparición recurrente de episodios de vesículas, erosiones y posteriormente formación de costras en los labios.



Fig. 1. Costra en mucosa labial inferior con zona erosiva en el interior.

2.5 Herpes Zoster

Esparza Gómez G., Moreno López L.A., Cerero Lapiedra R., García Núñez J.A.
Departamento de Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología.

HISTORIA CLÍNICA

Un varón de 41 años refiere desde hace 4 días malestar general y la aparición de un dolor muy intenso en la parte inferior de la cara que se irradiaba hacia el labio inferior y el mentón hasta alcanzar la línea media. Hace 48 horas le han aparecido una serie de vesículas en la piel de toda esa zona.

EXPLORACIÓN

En la zona cutánea correspondiente a la inervada por la tercera rama del trigémino se observa una erupción de múltiples vesículas, algunas rotas y ulceradas que van dejando paso a lesiones costrosas. Las lesiones no traspasan la línea media (Fig. 1). Toda la zona resulta muy dolorosa durante la exploración.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Infecciones por el virus del herpes simple. Varicela. Enfermedad mano-pie-boca.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

El dolor previo y el aspecto clínico de las lesiones suele ser suficientemente indicativo para el diagnóstico de rutina. Otros procedimientos como el cultivo viral, la citología (mostrando los efectos citopáticos del virus) o la tinción con anticuerpos monoclonales para el virus varicelazoster pueden ser necesarios en algunos casos. Técnicas moleculares como hibridación o PCR también pueden ser utilizadas.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Herpes zoster.

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

Si el cuadro clínico (dolor y erupción vesicular) es unilateral y está limitado al territorio inervado por una rama del trigémino pensar en herpes-zoster.



Fig. 1. Erupción vesicular múltiple en la zona cutánea correspondiente a la tercera rama del trigémino.

2.6 Candidiasis hiperplásica crónica

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

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 69 años de edad que padece depresión, xeroftalmia y artrosis, desde hace unos diez años aproximadamente y que actualmente está en tratamiento con psicofármacos y AINES.

No consume tabaco ni alcohol y está diagnosticada de Liquen plano desde 1995 y tratada con corticoides.

Según refiere la paciente tiene historial de haber padecido en algún momento una Candidiasis Pseudomembranosa, y que ha sido tratada con Mycostatín, no teniendo una mejoría significativa.

EXPLORACIÓN

En la exploración clínica se observan lesiones hiperqueratósicas en mucosa yugal izquierda(Fig 1), estrías blancas y áreas hiperpigmentadas en mucosa yugal derecha, lesión ulcerada en borde lateral izquierdo de lengua y placas blancas hiperqueratósicas en dorso lingual.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Eritroleucoplasia.
- Lupus eritematoso.
- Liquen Plano.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Cultivo de muestra de mucosa yugal, que resultó positivo a las 24 horas para *Cándida albicans*, analítica sanguínea completa no presentando alteraciones significativas a excepción del colesterol elevado, biopsia incisional en mucosa yugal izquierda en zona hiperqueratósica representativa, solicitando al patólogo que además del estudio histopatológico convencional realizase la técnica de PAS(Acido Peryódico de Schiff).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Candidiasis hiperplásica crónica.

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

- Prolongado período con corticoides tópicos.
- Cultivos.



Fig. 1. Lesiones hiperqueratósicas de mucosa yugal izquierda, alternando con lesiones eritematosas y en algunas zonas presencia de retículas.

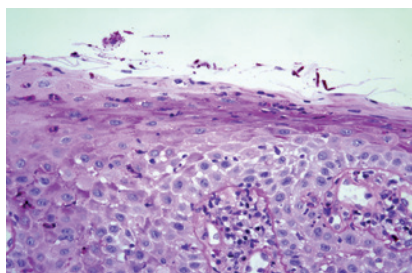


Fig. 2. Hiperqueratosis con la presencia de hifas y esporas de hongos morfológicamente compatibles con *Candida*, que penetran en profundidad en la capa superficial del epitelio



Fig. 3. Aspecto de la mucosa yugal derecha después del tratamiento con antifúngico sistémico

2.7 Candidosis pseudomembranosa en paciente con SIDA

Campo Trapero J.*; Romero Guerrero, J.**; Cano Sánchez J.*; Perea García M.A.*;

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

** Centro Sanitario Sandoval. Servicio Madrileño de Salud. Comunidad de Madrid

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 39 años que acude a consulta de ETS del Centro Sanitario Sandoval para realizarse pruebas diagnósticas de infección por VIH. En la historia médica refiere que hace 3 días tuvo que ir a urgencias por cuadro de neumonía. La paciente refiere haber tenido episodios repetidos de “hongos” en la boca. Fuma más de 2 paquetes tabaco al día y es ex-usuaria de drogas inyectadas.

EXPLORACIÓN

A la exploración extraoral se aprecian lesiones blancas en ambas comisuras labiales compatibles con queilitis angular. Intraoralmente se observan lesiones blanquecinas muy extensas que ocupan toda la lengua (Fig 1), así como paladar (Fig 2) y ambas mucosas yugales (Fig 3). Todas las lesiones se desprenden fácilmente al raspado con una gasa. La paciente también refiere tener molestias al tragar.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Leucoplasia vellosa

Candidosis

Queilitis angular

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se solicitaron pruebas de VIH, analíticas completas y cultivo y frotis en KOH de lesiones intraorales. El resultado de la prueba de VIH fue positivo. La paciente tenía un recuento de linfocitos CD4 de 4/mm³, con un cociente CD4/CD8 de 0,1 y una carga viral de 240.000 cop/ml. El cultivo y frotis fueron positivos a *C. albicans*. La paciente fue informada de infección por VIH en estadio C3 (SIDA establecido), posiblemente con neumonía *Pneumocystis carinii* y candidosis esofágica asociadas.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Candidosis pseudomembranosa en paciente con SIDA

CLAVES DEL CASO

En el momento actual es muy difícil encontrar pacientes VIH positivos con lesiones orales tan extensas debido a los grandes avances en cuanto al tratamiento de esta enfermedad, pero todavía pueden existir casos en los que el paciente no conozca su estado de seropositividad y en los que el diagnóstico precoz de las lesiones orales asociadas al VIH pueda orientarnos en el diagnóstico de la patología sistémica. En este caso el diagnóstico se hace de manera muy tardía por la situación de marginalidad en la que vivía la paciente que imposibilitó que acudiera antes a los servicios sanitarios. La paciente fue derivada a un Servicio de Enfermedades Infecciosas Hospitalario para iniciar tratamiento antirretroviral y de las infecciones oportunistas diagnosticadas.



Fig. 1. Lesiones extensas de candidosis pseudomembranosa en todo el dorso lingual y queilitis angular bilateral.

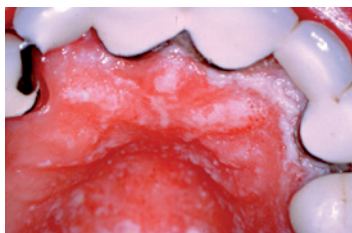


Fig. 2. Lesiones de Cándida en paladar.

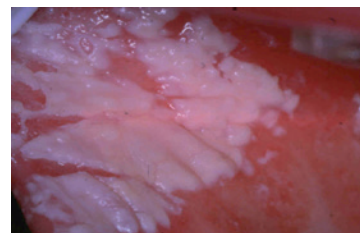


Fig. 3. Lesiones de Candida en mucosa yugal derecha.

2.8 Sarcoma de Kaposi oral y cutáneo

Bascones Martínez A., Palacios Sánchez, B.*,
Departamento de Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología.
Universidad Complutense de Madrid.

PRESENTACIÓN

Paciente de 40 años de edad que acude a consulta por presentar un aumento de tamaño en la encía a nivel de centrales superiores desde hace varias semanas y que no ha desaparecido a pesar de haberse medicado con antibióticos. A la exploración intraoral se aprecia tumoración a nivel de región gingival invasiva, dolorosa a la palpación blanda y de una coloración rojo-azulada. (Fig. 1). Frente a esta tumoración presenta una serie de placas blanquecinas de tipo grumoso que desaparecen con una gasa. Presenta adenopatías cervicomandibulares. También se observan lesiones en piel maculares y papulares (Fig. 2 y 3).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Absceso periodontal
- Granuloma piogénico
- Carcinoma gingival
- Sarcoma de Kaposi

DIAGNÓSTICO

Sarcoma y lesiones cutáneas Kaposi con sobreinfección con *Candida albicans* (candidosis pseudomembranosa)

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

Se trata de un sarcoma de Kaposi. En la historia clínica al explorar este tipo de pacientes una pregunta obligada está infectado por el VIH/Sida. Se trata de una lesión purpúrea vascularizada a manera de hemangiomas u otra lesión de vasos sanguíneos. Es un tumor maligno, relacionado estrechamente con la inmunosupresión de estos pacientes. El sarcoma de Kaposi junto con la candidosis pseudomembranosa son trastornos estrechamente relacionados con la infección por el VIH y está causado por el virus herpes humano tipo 8 (VHH-8).

El absceso periodontal se puede descartar fácilmente pues es un acúmulo purulento que puede drenarse fácilmente en un paciente periodontal. La coloración nunca sería rojo-azulada. El granuloma piógeno es sangrante y está relacionado con un factor irritativo inflamatorio (placa o cálculo). El carcinoma gingival podría confundirse, pero la historia clínica del paciente, los antecedentes y la colocación característica son importantes. Por otro lado el sarcoma de Kaposi es multicéntrico, por lo que es necesario explorar otras áreas de la mucosa bucal y/o piel, para descubrir estos tumores. El tratamiento se enmarca dentro de los pacientes con SIDA.



Fig. 1. Lesión de SK intraoral asociado con candidosis pseudomembranosa.

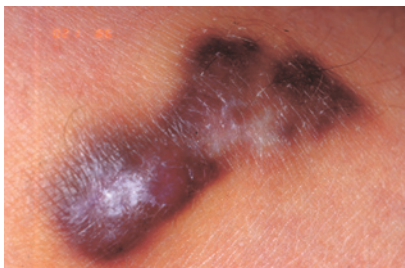


Fig. 2. Lesión en piel de abdomen.



Fig. 3. Lesión en empeine pie derecho.

2.9 Papiloma escamoso

Moreno López L.A.
Departamento de Odontología. Universidad Europea de Madrid.

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 45 años que consulta por la presencia de una lesión sobreelevada en mucosa labial inferior de varios meses de evolución. El paciente no lo relaciona con ninguna causa concreta. La lesión es asintomática pero interfiere con los incisivos al ocluir estos. El paciente no presenta ninguna patología sistémica ni antecedente de interés. Dice no consumir tabaco y en cuanto al consumo de alcohol sólo toma un vaso de vino en las comidas. Confiesa que no consume otro tipo de tóxicos.

EXPLORACIÓN

A la exploración presenta una lesión exofítica, bien delimitada, pediculada, asintomática y con una superficie claramente papilar. La lesión tiene una coloración más blanquecina que la mucosa que lo rodea (Fig.1). No se observaron más lesiones en el resto de la cavidad oral o en la piel a nivel perioral.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debido al aspecto papilar de la lesión se consideró una lesión por virus del papiloma humano (VPH), y se consideró la posibilidad de estar ante un papiloma. Otra opción sería considerar que el aspecto de la superficie se debe al trauma de los incisivos sobre la lesión sobreelevada, en ese caso consideraríamos un fibroma o un mucocelo, si bien es cierto que esto es poco probable.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Para confirmar el diagnóstico se realizó una biopsia escisión de la lesión eliminando toda la base del pedículo. Este acto sirvió también como método terapéutico.

En el estudio con microscopio óptico (Fig.2) se observa un patrón arboriforme con ejes conectivos en torno a los cuales se encuentra un epitelio acantótico e hiperqueratósico. En profundidad se pueden encontrar grupos de glándulas salivales menores. No se encuentran atipias celulares.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Papiloma escamoso.

CLAVES DIAGNÓSTICAS

Aspecto papilar de la superficie de la lesión. Descripción histopatológica.



Fig. 1. Lesión exofítica en mucosa labial inferior.

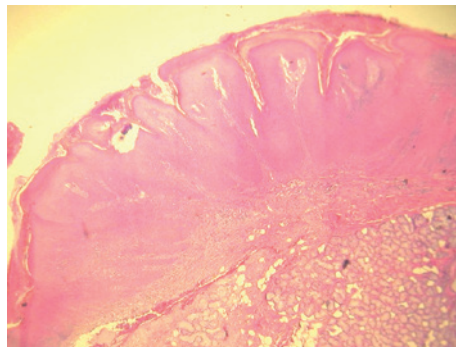


Fig. 2. Imagen histopatológica de papiloma escamoso. H&E.

2.10 Leucoplasia vellosa y periodontitis necrotizante

Perea García M.A., Campo Trapero J., Cano Sánchez J.,
Departamento Medicina y Cirugía Bucofacial, Facultad de Odontología, UCM.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 32 años que acude a consulta por presentar dolor e inflamación en encías que le provocan sangrado y molestias al comer desde hace varios meses. El paciente no refiere en la anamnesis ningún dato de interés. No bebe y fuma 10 cig/día.

EXPLORACIÓN

A nivel de encía superior e inferior presentaba una pérdida de soporte y profundidad de sondaje de >5 mm con dolor intenso y halitosis (Fig 1 y Fig 2). También presentaba lesiones blancas que no se desprenden al raspado con disposición vertical en ambos bordes laterales de la lengua (Fig 3).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Leucoplasia
- Candidiasis
- Leucoplasia vellosa oral
- GUN /PUN

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realizó ortopantomografía y serie periapical además de análisis microbiológico que fue positivo para: P. intermedia, P. micros y F. Nucleatum. Ante la sospecha de posibles lesiones asociadas con el VIH, se remitió al paciente a una Clínica de ITS donde le realizaron pruebas diagnósticas de infección por VIH y hemograma completo. Los resultados fueron positivos, con un recuento de linfocitos TCD4+ de 103 cels/mm³ y una carga viral (RNA-VIH-1) de 91936 copias/ml, cumpliendo criterios analíticos y clínicos de sida (estadio C3).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

- Periodontitis Ulceronecrotizante y Leucoplasia vellosa bilateral en paciente con sida.

CLAVES DIAGNÓSTICO

Las manifestaciones orales por infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) pueden ser el primer signo de enfermedad. Se ha observado que existe una depleción de los linfocitos TCD4+ en pacientes con periodontitis úlcero necrotizante (PUN), pudiendo ser éste el primer signo de infección y en la mayoría de los casos un indicador de la progresión de la infección hacia un estadio de sida, como ocurre también con la CO y la LVO. El paciente fue remitido al Hospital Universitario Carlos III donde empezó a ser tratado con medicación antirretroviral. El protocolo de tratamiento para las lesiones orales fue metronidazol 250mg /8h /7d; clorhexidina 0,12% /12h/ 14d. Posteriormente se procedió al tratamiento periodontal mediante raspado y alisado radicular.



Fig. 1. Lesiones de PUN en encía superior

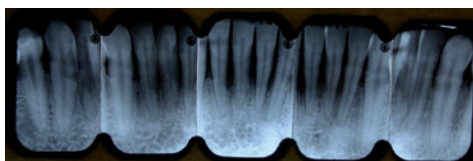


Fig. 2. Serie periapical. Sector anteroinferior.



Fig. 3. Leucoplasia vellosa oral en borde lateral de lengua.

2.11 Paracoccidioidomicosis

Delgado Azañero W.
Patología y Medicina Oral y Maxilofacial. Univ. Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú

HISTORIA CLÍNICA

Agricultor de 52 años de edad, que acude a consulta por presentar una úlcera ligeramente dolorosa en la encía vestibular de la primera molar inferior derecha, de 6 meses de evolución. Estado general bueno. Ha recibido tratamiento con diversos tipos de antibióticos, sin obtener ninguna mejoría.

EXPLORACIÓN

En la encía adherida vestibular del primer molar inferior derecho, se observa un ligero aumento de volumen ulcerado de superficie microgranular que no produce dolor y sangra ligeramente a la manipulación. El diente involucrado no presenta movilidad. No tiene lesiones en otras zonas de la boca. (Fig. 1).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Carcinoma epidermoide: el carcinoma de las encías puede presentarse como úlcera indolora de superficie granular, que infiltra el hueso y por ello puede conducir a la movilidad de los dientes. El tiempo de evolución puede ser de pocas semanas. Ocurre en pacientes de la tercera edad.

Histoplasmosis: la histoplasmosis de la mucosa oral se puede presentar como una úlcera de superficie finamente granular, a veces acompañada de dolor y sangrado, su tiempo de evolución puede ser semanas o meses. Los pacientes suelen tener sintomatología respiratoria y en algunos casos tienen diagnóstico de SIDA.

Paracoccidioidomicosis: a nivel de la mucosa oral se presenta con características similares a la histoplasmosis, es decir se manifiesta como úlceras de superficie microgranular, usualmente indolora, de crecimiento lento y ocurre con mayor frecuencia en la encía de personas que trabajan en agricultura.

Otra infección granulomatosa: cualquier otra infección granulomatosa puede presentarse con las características clínicas de esta lesión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

El diagnóstico definitivo de estas lesiones se establece mediante biopsia, los cortes histológicos deben ser teñidos con PAS o Grocott. (Fig. 3).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Paracoccidioidomicosis gingival.

CLAVES DIAGNÓSTICAS

Paciente que trabaja en agricultura/lesión úlcero-microgranulomatosa indolora/lesión ubicada en la encía/tiempo de evolución de varios meses.



Fig. 1. Úlcera gingival de superficie microgranulomatosa.

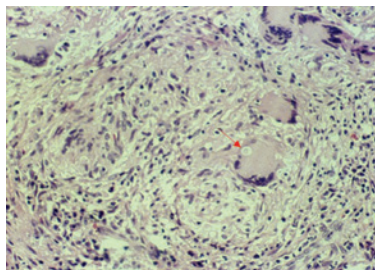


Fig. 2. Múltiples granulomas con células gigantes multinucleadas, conteniendo estructuras ovoides (flecha).

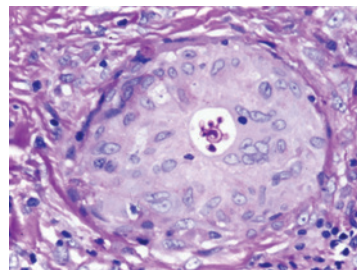


Fig. 3. Células epitelioides que rodean al paracoccidiodes brasilienses que aparece como una estructura PAS positiva con gemación periférica.

2.12 Paracoccidioidomicosis

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, 54 años, sexo masculino, habitante de la zona rural, presentando múltiples lesiones extensas en la encía, mucosa yugal y labio inferior. El paciente era ex fumador y presentaba dificultad respiratoria.

EXPLORACIÓN

Al examen extrabucal se verificó la presencia de evidente edema en labio inferior con áreas erosivas y ulceradas. (Fig. 1). En el examen intrabucal presencia de lesiones erosivas con punteado hemorrágico en la encía, mucosa yugal y en la porción interna del labio, hace aproximadamente 3 meses. (Fig. 2). Leve sintomatología dolorosa durante la alimentación.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Histoplasmosis
- Carcinoma Escamocelular

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- RX de tórax
- Biopsia (Fig. 3).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Paracoccidioidomicosis

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

Aspecto clínico de la lesión/ Antifúngico sistémico durante 6 meses o hasta que desaparezcan los signos clínicos y radiográficos / Guiado hacia el neumopatólogo para tratamiento y control de las lesiones pulmonares. Las lesiones bucales desaparecen antes de la cura del paciente.



Fig. 1. Tumefacción de labio inferior de color violáceo con úlceras de tipo granulomatoso en cuyo fondo hay puntos rojos (telangiectasias) y amarillos (microabscesos).



Fig. 2. Úlcera superficial granulomatosa con puntos hemorrágicos y microabscesos en la encía inferior.

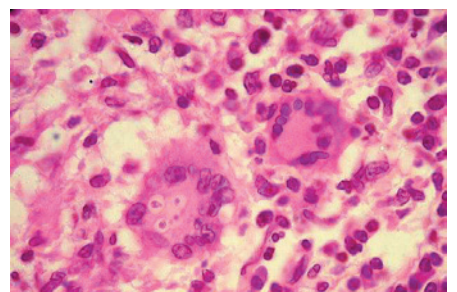


Fig. 3. Aspecto microscópico de la paracoccidioidomicosis presentando tejido de granulación con la presencia del hongo en el interior de células gigantes.

2.13 Sífilis secundaria. Diagnostico a partir de lesiones orales

Juan Galíndez A.*, Zorrilla Artero A.***, Cámara Pérez M.M.***, Aguirre Urizar J.M.*

*Unidades de Medicina Bucal y de Patología Oral y Maxilofacial. Servicio Clínica Odontológica.

Master de Patología Oral. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad del País Vasco /

EHU. **Medicina de Familia y Comunitaria. Centro Salud Barakaldo Desierto. Osakidetza. ***

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 41 años que acudió a consulta por molestias vagas bucales y por presentar una herida en el dorso de la lengua de varios días de evolución (Figura 1).

EXPLORACIÓN

Se observa una lesión en la zona izquierda del dorso de la lengua. Se trata de un área eritematosa bien definida, algo deprimida en el centro, que mide 0,5 x 0,3 cm (Figura 1). A la palpación no se reconoce induración. No se palpaban adenomegalias. Se instauran medidas higiénicas, se solicita una analítica general y se le cita para nueva revisión. Al mes, acude presentando múltiples lesiones eritematosas erosivas, redondeadas, de pequeño tamaño, en el borde lateral de la lengua, la mucosa palatina y la mucosa del labio inferior. En este momento el paciente muestra afectación general con astenia y malestar generalizado. El paciente también refiere que durante este tiempo ha tenido varias lesiones cutáneas rojizas parecidas a las bucales que le han desaparecido (Figuras 2, 3 y 4). En la analítica hemática general se aprecia una VSG elevada, una proteína C reactiva ligeramente elevada, GPT elevada y neutrofilia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Estomatitis oral recidivante
- Infección vírica (Herpes)
- Síndrome aftoso
- Enfermedad liquenoide oral
- Lupus eritematoso discoide
- Otras infecciones específicas

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se solicita Analítica específica en la que se observan alteraciones en el hemograma similares a las de la primera analítica. La serología de autoinmunidad fue negativa, así como la serología para VIH y hepatitis.

La serología para Sífilis demostró:

- Trep. pallidum Ac. No Tr. (RPR): Positivo (1/64)
- Trep. pallidum Ac. Trep. Ig G: Positivo
- Trep. pallidum Ac. Trep (FTA-Abs.): Positivo
- Trep. pallidum Ac. Trep. Ig M: Positivo

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Lesiones orales de Sífilis Secundaria

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

Los elementos clave para el diagnostico fueron la presencia de lesiones orales atípicas, la neutrofilia, la elevación de parámetros como: VSG, proteína C reactiva, GPT, etc, todo lo que nos apuntaba a sospechar que se trataba de un proceso sistémico, posiblemente infeccioso. La analítica específica nos confirmó las sospechas y nos dio el diagnóstico específico de Sífilis.

El paciente fue tratado con penicilina G benzatina 2.400.000 U. IM, 1 dosis/semana, durante 3 semanas. Las lesiones orales desaparecieron prácticamente por completo tras la primera semana de tratamiento (Figura 5, 6, y 7)

2.13 Sífilis secundaria. Diagnostico a partir de lesiones orales

Juan Galíndez A.*, Zorrilla Artero A.***, Cámara Pérez M.M.***, Aguirre Urizar J.M.*

*Unidades de Medicina Bucal y de Patología Oral y Maxilofacial. Servicio Clínica Odontológica. Master de Patología Oral. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad del País Vasco / EHU. **Medicina de Familia y Comunitaria. Centro Salud Bararakaldo Desierto. Osakidetza. ***



Fig. 1. Lesión leucoplásica en dorso lingual.



Fig. 2. Lesiones ulceradas en paladar.



Fig. 3. Lesiones erosivas en mucosa labial y vestibular inferior.

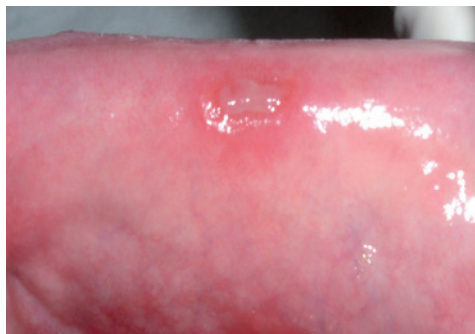


Fig. 4. Lesión ulcerada irregular en labio inferior.

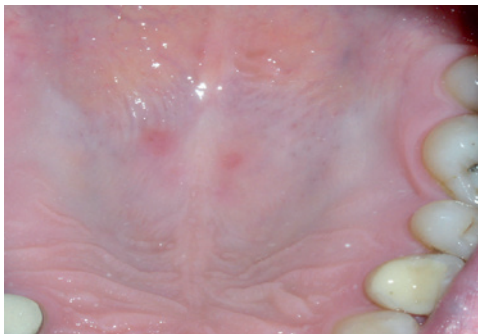


Fig. 5. Resolución de las lesiones palatinas.



Fig. 6. Resolución de las lesiones labiales.

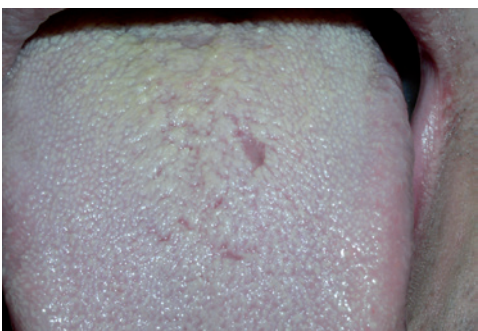


Fig. 7. Resolución de la lesión lingual

2.14 Tuberculosis secundaria

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

Niña de 10 años de edad que acude a la consulta por presentar una úlcera sangrante en la encía y paladar del lado izquierdo, de dos meses de evolución. No manifiesta sintomatología dolorosa. La niña pertenece a una familia de escasos recursos económicos. Al examen general presenta signos de desnutrición.

EXPLORACIÓN

En la mucosa del paladar y encía vestibular de los dientes de la hemiarcada superior izquierda se observa una extensa zona ulcerada de superficie granulomatosa, indolora, que sangra levemente a la manipulación. Los molares temporales presentan extensas caries con necrosis pulpar. (Figs. 1 y 2).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Histiocitosis X: esta enfermedad denominada actualmente granulomatosis de células de Langerhans puede manifestarse en la mucosa oral como úlceras de superficie granulomatosa de crecimiento lento, asintomático. Se han descrito casos con compromiso exclusivamente a nivel de la encía.

Paracoccidioidomicosis: esta infección cuando aparece en la boca involucra principalmente las encías y se manifiesta como úlceras granulomatosas indoloras de crecimiento lento. Lesiones orales en niños son extremadamente raras.

Tuberculosis oral: Las lesiones de tuberculosis secundaria pueden aparecer en la mucosa oral como úlceras granulomatosas con o sin dolor, ubicadas en los bordes de la lengua o en las encías. Afecta mayormente a niños desnutridos, de condiciones sociales y económicas muy limitadas. Los pacientes tienen tuberculosis pulmonar usualmente no diagnosticada.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

El diagnóstico de toda úlcera granulomatosa necesariamente requiere la toma de una biopsia, la cual debe ser estudiada utilizando tinciones especiales para hongos, bacilo tuberculoso y otras bacterias específicas. (Fig. 3).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Tuberculosis gingival secundaria.

CLAVES DIAGNÓSTICAS

Niña con signos de desnutrición/úlceras de superficie granulomatosa/tiempo de evolución de varias semanas/ dolor leve.



Fig. 1. Úlcera granulomatosa, sangrante en encía vestibular superior.



Fig. 2. Úlcera granulomatosa sangrante que compromete encía y paladar duro.

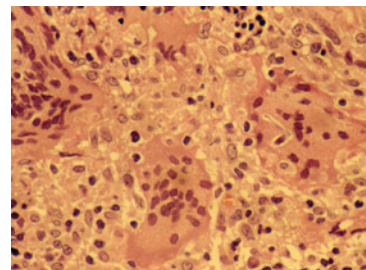


Fig. 3. Granulomas con células gigantes multinucleadas.

2.15 Glositis rómbica

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

HISTORIA CLÍNICA

Una mujer de 37 años refiere la sensación de tener la lengua como “quemada” continuamente, sobre todo por la noche desde hace unos meses. Es alérgica a sulfamidas y fumadora habitual de 20 cigarrillos diarios. Resto de antecedentes sin interés.

EXPLORACIÓN

En la parte central y más posterior del dorso lingual se observa una zona depapilada, eritematosa, lisa, de forma oval, y molesta al tacto (Fig. 1) . Resto de hallazgos dentro de la normalidad.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

No suele plantear problemas de diagnóstico diferencial, ya que por su forma y localización es una lesión muy característica.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Normalmente el aspecto clínico de la lesión (aspecto eritematoso liso o lobulado) es suficientemente sugerente para establecer el diagnóstico. Además en este caso se tomó una muestra mediante un hisopo de la lesión y se realizó un cultivo en un medio de agar-Sabouraud en el que crecieron colonias de *Candida* a las 48 horas.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Glositis rómbica mediana (atrofia papilar central de la lengua)

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

Se considera una forma de candidiasis eritematosa crónica o bien una lesión asociada a *Candida*. En el pasado se pensó que se producía por una alteración del desarrollo de la lengua (persistencia del tubérculo impar). Su localización en la parte más posterior del dorso lingual, de modo simétrico a ambos lados de la línea media es muy característica. La superficie puede ser lisa (como en este caso) por pérdida de las papilas filiformes; o bien elevada y con lobulaciones. Muchos casos son asintomáticos. El tratamiento antifúngico resuelve las lesiones aunque en ocasiones solo se consiguen resoluciones parciales.



Fig. 1. Zona depapilada, eritematosa en la parte posterior del dorso lingual.

inspirin



Antonio Bascones