

Casos Clínicos en Medicina Oral.

05 Manifestaciones
orales de
enfermedades
Sistémicas.
Otras lesiones

AB

Antonio Bascones

Índice

- 5.1** Linfoma no Hodgkin
- 5.2** Linfoma no Hodgkin
- 5.3** Metástasis de carcinoma de células claras de riñón
- 5.4** Epidermolisis ampollosa
- 5.5** Exantema medicamentoso
- 5.6** Enfermedad de Darier
- 5.7** Síndrome de Sturge-Weber
- 5.8** Síndrome de Melkerson-Rosenthal
- 5.9** Aneurisma venoso de la vena retromandibular derecha

5.1 Linfoma no Hodgkin

Vicente Barrero M. (1) (2), Basco López de Lerma JM. (1)

1) *Facultativo Especialista de Área.*

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

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 27 años de edad sin antecedentes de interés, con tumoración paramandibular izquierda de varias semanas de evolución que había sido tratado previamente con antibióticos sin resultado positivo (Figs. 1 y 2).

EXPLORACIÓN

A la exploración se objetivó la existencia de una masa hiperémica, con ligera fluctuación a la palpación, dolorosa, adherida a la tabla externa mandibular con aspecto de fistulización próxima y que también podía palparse por vía intraoral.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Absceso de origen dentario.
- Impétigo/erisipela.
- Tumoración benigna/maligna.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Al no encontrar posible causa infecciosa se solicitó TAC (Fig. 3) y PAAF.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Linfoma no Hodgkin de alto grado, anaplásico de células grandes Ki (+). Lesión localizada, sin extensión al resto del organismo.

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

Ausencia de foco infeccioso. PAAF.



Fig. 1. Tumoración paramandibular.



Fig. 2. La forma de presentación remedó un absceso de origen dentario.

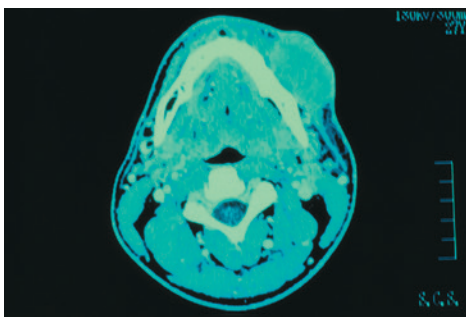


Fig. 3. Imagen radiológica donde se aprecia la lesión paramandibular.

5.2 Linfoma no Hodgkin

Vicente Barrero M. (1) (2), Domínguez Sarmiento S. (1)
(1) *Facultativo Especialista de Área.*
(2) *Profesor Asociado Universidad Las Palmas Gran Canaria.*

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 40 años remitido por su médico para exodoncia del cordal 38, el cual, presenta pericoronaritis (Fig. 1). No hábitos tóxicos. Homosexual con pareja estable. Lleva 5 días con tratamiento antibiótico-antiinflamatorio, que no parece haber sido efectivo para controlar el cuadro.

EXPLORACIÓN

Lesión ulcerada en zona retromolar. El cordal está plenamente erupcionado y la ortopantomografía es normal (Fig. 2). Llama la atención la queilitis comisural (Fig. 3) y que en el cuadro no ha mejorado con el tratamiento. En lugar de exodoncia del cordal, se decide la realización de una biopsia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Pericoronaritis.
- COCE.
- Algún proceso que pudiera indicar el debut de una inmunodeficiencia.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Biopsia de la lesión.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Linfoma no Hodgkin, tipo linfoma difuso de células B grandes (REAL).

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

Queilitis comisural en un hombre joven, homosexual, con una lesión ulcerosa que no mejora con tratamiento. La biopsia da el diagnóstico definitivo.



Fig. 1. Lesión ulcerada en trigono retromolar.

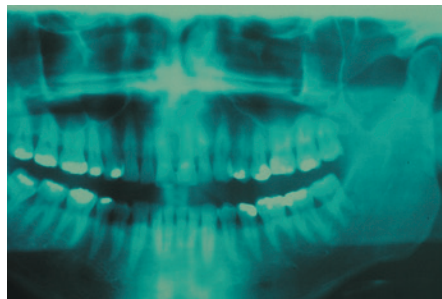


Fig. 2. Ortopantomografía, donde no se objetiva ningún hallazgo que justifique el cuadro clínico.

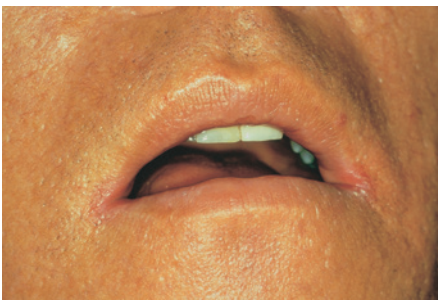


Fig. 3. El paciente refería queilitis comisural de varios meses de evolución.

5.3 Metástasis Carcinoma de células claras del riñón

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

HISTORIA CLÍNICA

Paciente masculino de 54 años de edad que acude a consulta por presentar un tumor sangrante, asintomático ubicado en el paladar duro y encía superior, el cual se inició hace 30 días como un nódulo en la zona incisiva de aproximadamente 2 cm. de diámetro. En la historia general el paciente manifiesta dolor y sangrado al momento de orinar.

EXPLORACIÓN

Se observa un tumor rojizo sangrante ulcerado que compromete todo el paladar duro y que se extiende hasta la zona vestibular del reborde alveolar anterior superior, observándose que los incisivos están desplazados, sueltos y ocultos dentro del tumor. No existe dolor. A la palpación de la lesión se perciben pulsaciones. (Fig. 1).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Neoplasia mesenquial maligna primaria de paladar: diversos tumores malignos con componente vascular que además sufren ulceración pueden presentarse con las características descritas para esta lesión. Dentro de ellas se pueden citar el angiosarcoma y al sarcoma Kaposi; pero se debe tener en cuenta que el primero es muy raro en la cavidad oral y en el segundo caso es muy importante saber si el paciente tiene diagnóstico de SIDA.

Granuloma central de células gigantes: es un tumor benigno de carácter reactivo que aparece generalmente en el maxilar inferior, es de crecimiento lento y puede ulcerar la mucosa oral. Afecta más frecuentemente a personas jóvenes. Cuando lesiones con estas características se detectan en personas adultas, debe descartarse tumor pardo asociado a hiperparatiroidismo.

Neoplasia metastásica: diversas neoplasias malignas originadas en órganos y tejidos distantes pueden dar lesiones metastásicas en los maxilares, con las características de este caso. Neoplasias de próstata, pulmón y riñón son las que con mayor frecuencia se diseminan a los maxilares. Dentro de éstas, el carcinoma de células claras del riñón es la que presenta abundante vascularización que se manifiesta con pulsaciones.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Estudio radiográfico (Fig. 2) y toma de biopsia incisional. (Fig. 3)

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Carcinoma de células claras del riñón.

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

Tumor rojizo de crecimiento rápido ulcerado, que presenta pulsaciones/antecedentes de sangrado y dolor al orinar.

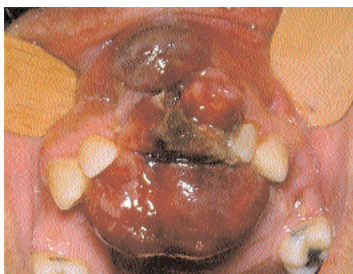


Fig. 1. Tumor sangrante que compromete paladar duro y reborde alveolar antero superior.



Fig. 2. Dientes incisivos sueltos, inmersos dentro del tumor.

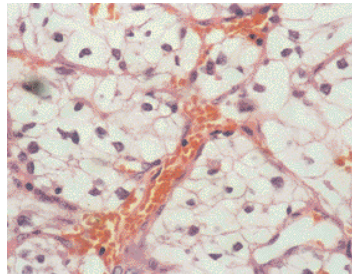


Fig. 3. Células de amplio citoplasma claro, núcleo bien teñido de tamaño uniforme, escaso pleomorfismo celular y nuclear, abundante vascularización.

5.4 Epidermolisis ampollosa

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 de 30 años, sexo masculino con queja de dolor, sangrado en la cavidad bucal, limitación de apertura de la boca.

EXPLORACIÓN

En el examen físico se observaron: úlcera en la región de la comisura labial derecha, descamación de la piel de las manos con ausencia de uñas, úlceras y ampollas hemorrágicas en los codos y las piernas. El examen intrabucal evidenció erosiones y úlceras en la mucosa de la región del pilar amigdalino, en la lengua y la encía y cicatrices en la región retromolar. El dolor y la molestia limitan la alimentación e impiden la realización de higiene bucal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Epidermolisis Ampollar
- Penfigoide Ampollar
- Dermatitis Herpetiforme.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Microscopia Electrónica revela fisuras debajo de la lámina densa de la membrana basal. La evaluación inmunohistoquímica del tejido perilesional puede ayudar a identificar el defecto específico para clasificar la condición.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Epidermolisis Ampollar Dominante Distrófica.

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

Aspecto clínico y distribución de las lesiones / alteraciones distróficas / afección de la boca / examen histopatológicos



Fig. 1. Lesiones ampollares en las manos.



Fig. 2. Amplia lesión ampollar en el codo.

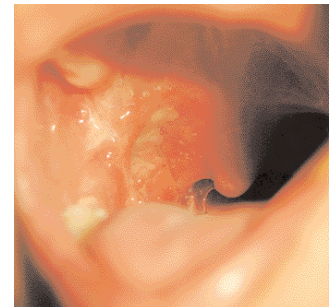


Fig. 3. Ulceración en la mucosa de la mejilla y región retromolar.

5.5 Exantema Medicamentoso

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 de 45 años de edad que acude a la clínica por presentar llagas en la mucosa de la cavidad bucal, concretamente en paladar y manchas rojizas en palma de mano y dedos. Señala que la presentación fue hace una semana. A la pregunta si tiene estas mismas lesiones o manchas en otras áreas del cuerpo refiere que en región genital presenta una ampolla de tamaño mediano.

Antecedentes Personales: No refiere ninguna enfermedad. Solo ingesta de medicamentos antiinflamatorios la semana anterior, por un problema de dolor e inflamación bucal.

Exploración: A la exploración se presenta una ampolla de 1 cm. de diámetro en el paladar y manchas eritematosas en la palma de la mano y en los dedos. (Figs. 1-3). En región genital, glánde, presenta una ampolla de tamaño de 0,5 cm. coincidente en su aparición con la de la boca.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1.- Sífilis. En el chancro de inoculación, la lesión ulcerosa en paladar y glánde no se presentan al mismo tiempo, pues éste se localiza solo en un punto. Al mismo tiempo no es coincidente la úlcera de la lesión bucal y genital con la mácula de manos. Las primeras son del periodo primario y las segundas del secundario. Ambos periodos no son coincidentes.

2.- Pénfigo. La ampolla en cavidad bucal y glánde podrían ir en esta línea pero la aparición tan súbita hace unos días descarta este diagnóstico,

3.- Penfigoide. Este es el diagnóstico mas concreto dada la aparición y evolución. La presencia de la ampolla subepitelial sería definitiva, pero es necesario practicar una biopsia. Sin embargo, no es necesario pues la sola historia clínica y la anamnesis ya nos ponen en la pista diagnóstica.

Es necesario poner apellido al penfigoide y este se pone en base al detalle del antecedente de medicamentos.

El paciente ingirió antiinflamatorios no esteroideos (AINES) por motivo de un dolor dentario, dos días antes del comienzo de las lesiones.

JUICIO DIAGNÓSTICO

Basados en estos criterios el diagnóstico es Exantema medicamentoso

Tratamiento. Supresión de medicamentos y aplicación de corticoides tipo prednisona 20 mg. durante cinco días.

Evolución. El cuadro desaparece totalmente a los 7 días. Posteriormente se aconseja al paciente que se haga pruebas alérgicas.

5.5 Exantema Medicamentoso

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)

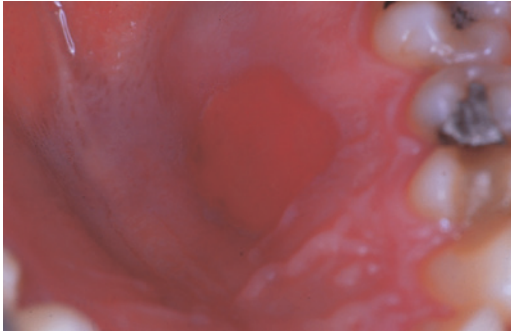


Fig. 1. Ampolla en región palatina.



Fig. 1. Mácula en dedos de la mano.



Fig. 1. Mácula en la palma de la mano.

5.6 Enfermedad de Darier

Vinyals Iglesia H., Flores Gudiño E.
Facultad de Odontología Universidad de Barcelona.

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 33 años que consulta por una urgencia odontológica. Presenta lesiones papulares hiperqueratósicas en el paladar duro, en la encía adherida y poco manifiestas en mucosa yugal. Las lesiones también afectan las áreas seboreicas del cuello, tórax, espalda, palmas y plantas de las extremidades. Las primeras pápulas aparecieron hacia los 10 años de edad, aunque hasta los 30 años no fue diagnosticado por su dermatólogo. Su madre, hermana y algunos primos presentan lesiones similares. En la actualidad toma Neotigason[®] y Acitretina cuando se le exacerban las lesiones cutáneas.

EXPLORACIÓN

Se observan pápulas hiperqueratósicas blanquecinas en las zonas descritas. Son totalmente asintomáticas. (Figs. 1-3).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Palatinitis nicotínica
Psoriasis vulgar
Hiperplasia papilar del paladar
Síndrome de Cowden
Acantosis nigricans

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Puede solicitarse una biopsia cutánea o mucosa. La histología de las lesiones muestra hendiduras suprabasales en el epitelio, con células acantolíticas y disqueratósicas llamadas cuerpos redondos y gránulos.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Enfermedad de Darier White o Disqueratosis folicular

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

Pápulas hiperqueratósicas intraorales asintomáticas, lesiones cutáneas en áreas seboreicas con exacerbaciones a brotes, historia familiar con lesiones similares (herencia dominante) e histología característica.



Fig. 1. Pápulas hiperqueratósicas en el paladar duro y blando.



Fig. 2. Lesiones papulosas rosadas en áreas seboreicas del tórax



Fig. 3. Pápulas costrosas en la planta de los pies.

5.7 Síndrome de Sturge-Weber

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 de sexo masculino, leucoderma, 23 años, presencia de extensa lesión angiomatosa desde el nacimiento con considerable crecimiento a partir de los 14 años en hemiface y región frontotemporal izquierda, glaucoma secundario en ojo izquierdo y queratocono en ojo derecho. Presenta piodermitis de repetición que puede estar asociada a la presencia de focos infecciosos bucales. Presenta retardo mental y hace uso de la terapia anticonvulsionante (Carbamazepina 200mg). Se constató la implicación de la lesión en tejidos duros. Está en tratamiento con láser YAG en el Servicio de Dermatología y en acompañamiento con Cirugía Vascular, Neurocirugía y Reumatología. La lesión está siendo observada y ya fue descartada la posibilidad de rescisión parcial de la lesión por la Cirugía Plástica.

EXPLORACIÓN

Al examen extra-oral, extensa lesión voluminosa, de coloración vinosa en hemiface y región frontotemporal izquierda. (Fig. 1). Al examen intra-oral, aumento de volumen del maxilar izquierdo con envolvimiento de la mucosa gingival superior izquierda, cubriendo restos radiculares con necesidad de exodoncia, así como dientes con necesidades endodónticas y restauradoras. (Fig. 2). Después de realizada adecuación del medio bucal, con algunos procedimientos realizados en quirófano, el paciente está en observación para evitar la incidencia de nuevos focos infecciosos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Tomografía computadorizada de los maxilares (Fig. 3).
- Radiografía de perfil de cráneo
- Angiografía de carótidas para evaluación de la extensión tumoral e identificación vascular involucrada.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Angiomatosis encéfalo-trigeminal de Sturge-Weber

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

Aspecto clínico y localización de la lesión: angiomas venosos de las leptomeninges, sobre el córtex cerebral, con lesión angiomatosa en la cara del mismo lado (mancha de vino del Puerto).

- Calcificaciones intracraneales en forma de “rieles de tranvía” (señal patognomónica);
- Alteraciones en el SNC: convulsiones, retardo mental;
- Lesiones oculares: glaucoma.



Fig. 1. Extensa lesión angiomatosa en hemiface y región frontotemporal izquierda.



Fig. 2. Lesión angiomatosa del maxilar izquierdo con envolvimiento de la mucosa gingival superior izquierda.

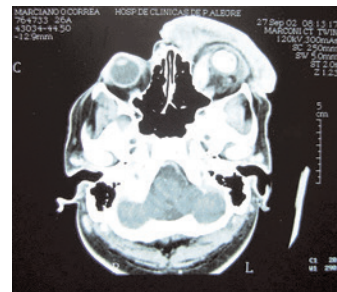


Fig. 3. Tomografía computadorizada de los maxilares.

5.8 Síndrome de Melkerson-Rosenthal

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

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 42 años que refiere que desde hace unos dos meses presenta en el lateral izquierdo de la cara una sensación “rara”, como si se le “inflamara”, como “abotargada” y notando una especie de ardor. Se acompaña también de una sensación rara en la boca como si le escociera. No refiere antecedentes sistémicos de interés ni patología oral previa.

EXPLORACIÓN

En la exploración extraoral se observa un edema difuso, sobretudo del lado izquierdo de la cara, (Fig. 1) con una dificultad en la movilidad y el cierre del párpado. A la palpación se aprecia un agrandamiento difuso sin cambios en la consistencia. La exploración intraoral muestra una ligera gingivitis (Fig. 2) y una lengua con un gran pliegue central y varios menores en los laterales (Fig. 3).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Sarcoidosis.
- Enfermedad de Crohn.
- Síndrome de Melkerson-Rosenthal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se solicita una analítica completa con hemograma y bioquímica que no muestra alteraciones.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Síndrome de Melkerson-Rosenthal.

CLAVES DIAGNÓSTICO

No antecedentes sistémicos, no alteraciones digestivas, analítica normal.



Fig. 1. Edema difuso hemicara izquierdo.



Fig. 2. Gingivitis difusa.



Fig. 3. Lengua escrotal.

5.9 Aneurisma venoso de la vena retromandibular derecha

Roldán F, Encinas VM, Paz J.

UCG Diagnóstico por la Imagen Hospital Juan Ramón Jiménez Huelva

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 73 años de edad con antecedentes de valvulopatía aórtica intervenida, anticoagulado con Sintron, nefrópata, HTA y Parkinson que acude al Servicio de ORL por tumoración latero cervical derecha que aumenta con la maniobra de Valsalva de varios meses de evolución. Es remitido a nuestro Servicio para estudio TC por sospecha de laringoceles, completando la exploración con una Ecografía-Doppler. No antecedentes conocidos de manipulación quirúrgica en cuello.

EXPLORACIÓN

Gran tumoración latero cervical derecha submandibular, de consistencia intermedia, no adherida a planos profundos. No dolorosa, el paciente nota como varía su tamaño y consistencia. No adenopatías en otros planos ni alteraciones en el resto de la exploración ORL. Fibrobroncoscopia normal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Laringocele externo.
- Quiste segundo arco braquial
- Pseudoaneurisma arterial.
- Adenopatías (adenitis, metástasis, linfoma).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

TC multicorte con contraste intravenoso y reconstrucciones multiplanares-3D y Ecografía Doppler cervical. La TC demuestra una imagen quística de 7 x 4 x 5 cm. localizada lateral al ángulo de la mandíbula y caudal a la cola de la parótida que en la primera fase del estudio (60 segundos de retraso tras la administración de contraste) se rellena parcialmente de contraste iodado a partir de un vaso que está elongado y que corresponde a la vena retromandibular. En una segunda fase más tardía (120 sg) se completa la opacificación de la lesión estableciéndose niveles líquido-contraste. Se aprecia una dilatación de la yugular externa por compresión del confluente venoso entre la vena retromandibular y facial. En la ecografía se demuestra un flujo turbulento pero lento, demostrándose el vaso aferente con características Doppler de flujo venoso.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Aneurisma venoso gigante de la vena retromandibular derecha. Pendiente de cirugía.

CLAVES DIAGNÓSTICO

Tumoración quística que se comunica con una vena y se rellena de contraste en una fase tardía.

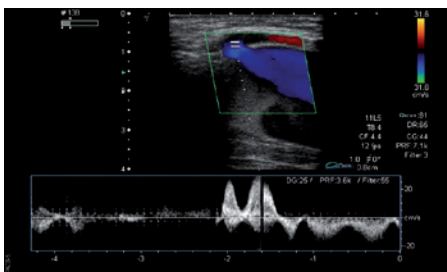


Fig. 1. Ecografía Doppler-duplex donde se observa una estructura quística con contenido ecogénico que se desplaza de forma turbulenta lentamente y una vena en comunicación que presenta flujo con onda de baja velocidad variable con la respiración.

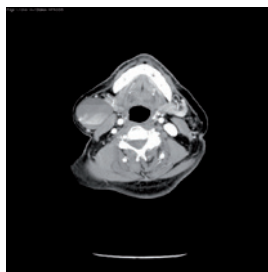


Fig. 2. Corte axial de TC en la primera fase tras la administración de contraste, donde se visualiza una estructura quística de 5 cm. diámetro máximo que se rellena parcialmente por contraste compatible con dilatación aneurismática venosa.

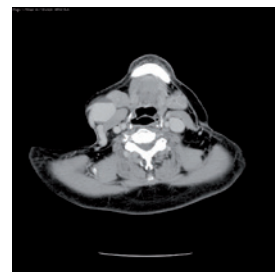


Fig. 3. La estructura se ha rellenado por contraste en una fase más tardía, estableciéndose niveles líquido-contraste. El aneurisma comprime la yugular externa que está ectásica.



inspirin



Antonio Bascones