



Antonio Bascones

Casos Clínicos en Medicina Oral.



Sociedad Española
de Medicina Oral

inspirin



© EDICIONES AVANCES MEDICO-DENTALES, S.L.

Casos Clínicos

C/ Boix y Morer, 6, 1º - 28003 Madrid

I.S.B.N.: 978-84-87922-47-3

Depósito Legal: M-36011-2008

Imprime: Ibergráficas, S.A.

Tormes, 12-14 - 28840 Mejorada del Campo

Agradecimientos a todos los Miembros de la
Sociedad Española de Medicina Oral que han colaborado en este libro y en especial
los miembros de la Junta que aparecen a continuación:

PRESIDENTE:

Antonio Bascones Martínez

VICEPRESIDENTE:

José Manuel Aguirre Urizar

VICEPRESIDENTE:

Germán Esparza Gómez

SECRETARIA:

Rocío Cerero Lapiedra

TESORERO:

Julián Campo Traperero

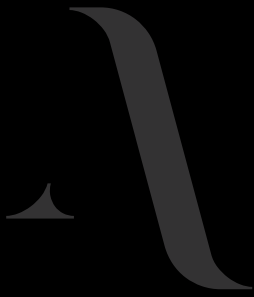
VOCAL:

Andrés Blanco Carrión
Guillermo Machuca Portillo
Miguel Ángel González Moles
Luis Alberto Moreno López
Miguel Ángel Rodrigo Rodríguez

Un agradecimiento especial
a la Dra. Begoña Palacios
y el Dr. Julián Campos que
han sabido ordenar y corregir
las pruebas de este libro



*Sociedad Española
de Medicina Oral*



PRÓLOGO

La Sociedad Española de Medicina Oral presenta este libro de Casos Clínicos, que puede ser útil a los que trabajan en la clínica diaria. No están todos los casos ya que ésta sería una tarea imposible, pero si que creemos muchos de los más interesantes. Todos los miembros de la Sociedad que han querido aportar Casos Clínicos lo han podido hacer, pues estos tres años últimos hemos escrito varias veces solicitando casos.

A todos muchas gracias.

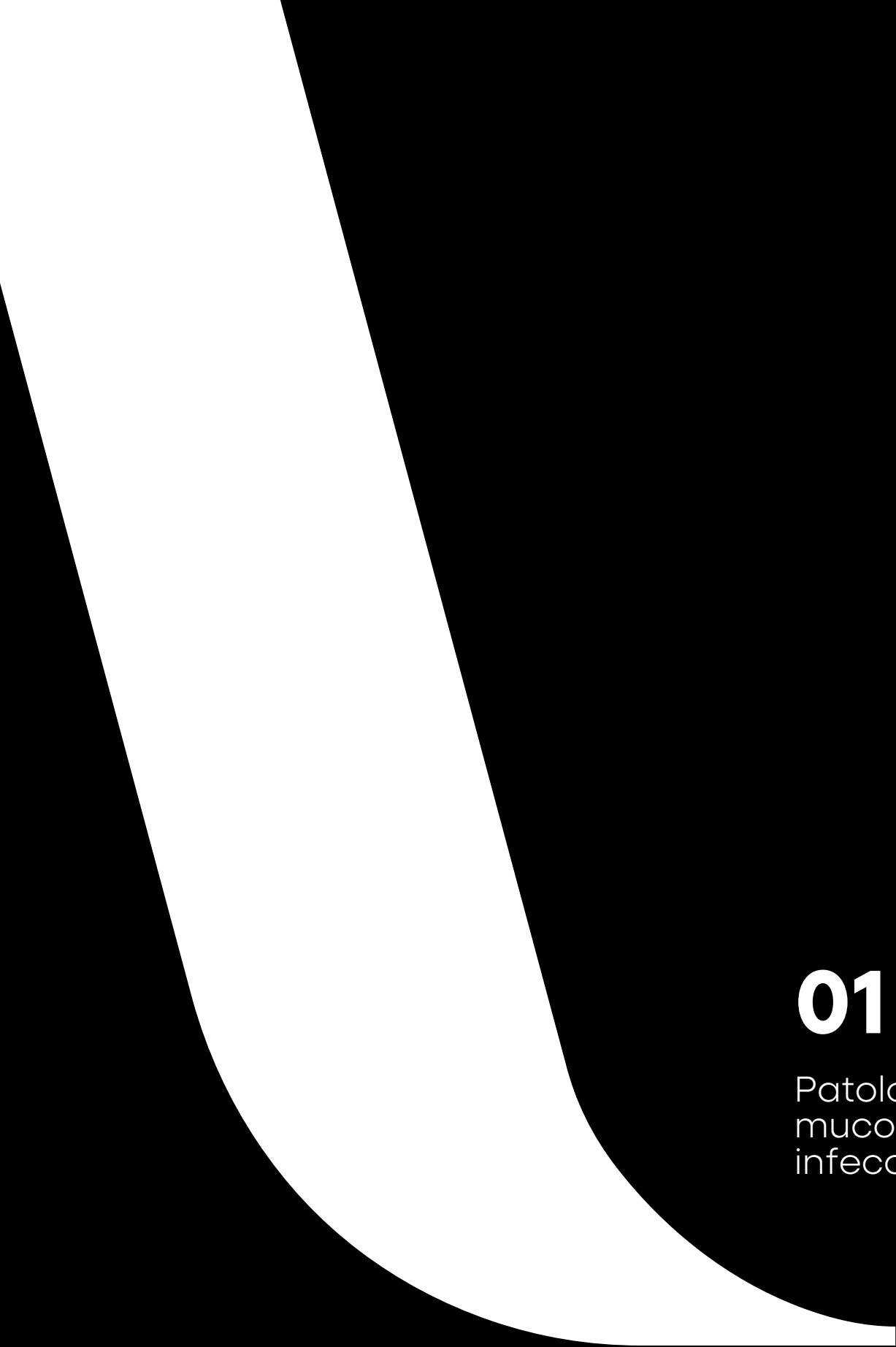
Antonio Bascones

Presidente Sociedad Española Medicina Oral

Autores que han participado en el libro

Aguirre J.M., Aguirre P., Aguirre Urizar J.M., Altacera M., Aracil, L., Arrieta Blanco J.J., Arriba L., Asier Eguía A., Barrero M. V., Bartolomé Villar B., Basco López de Lerma JM., Bascones Ilundain, Bascones Ilundain C., Bascones Ilundain J., Bascones Martínez A., Bermejo Fenoll A., Blanco Carrión A., Blanco Carrión J., Bullón Fernández P., Cámara Pérez M.M., Campo Traperero J., Cancela Rodríguez P., Cano Sánchez J., Castellano Navarro JM, Castellano Reyes JJ., Cerero Lapiedra R., Chimenos Küstner E., Coca J.C., Concha Sánchez G., Cortés D., Delgado Azañero W., de Lucas González M, de Lucas I, Di Cosola M., Domínguez Sarmiento S., Echebarria M.A., Eguía A., Eguía del Valle A., Encinas VM, Esparza Gómez G., Esparza Gómez G.C., Flores Gudiño E., Gainza M.L., Gándara Rey J.M., Gándara Vila P., García Capilla I., García García A.,

García Jiménez, García Núñez J.A., Hernández G., Jiménez Emilio L., J. Moreno López LA, Juan Galíndez A., Knezevic M., Llamas Martínez S., Lobos James-Freyre N., Lo Muzio L, López E, López Jornet P., López-Pintor RM., López-Vicente J., Lucas-Tomás M, Martínez-Conde R., Martínez González J.M., Melendres J.C., Moreno López L.A., Muñoz I., Nunes da Rosa L.G., Otero Rey E., Palacios Sánchez B., Paz Expósito, J., Paz J, Peñamaría Mallón M., Perea García M.A., Restoy Lozano A., Requeni Bernal J., Roldán F, Romero Guerrero, J., Rodrigo Rodríguez M.A., Rubio L., Santos N, Serrano C, Silvestre-Donat F. J., Soares-Pinto T., Somoza Martín M., Tejedor B., Turco M., Uribarri A., Uribarri Agurne., Vicente Barrero M., Vicente J., Viñals Iglesias H., Zorrilla Artero A.



01

Patología
mucosa no
infecciosa

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.

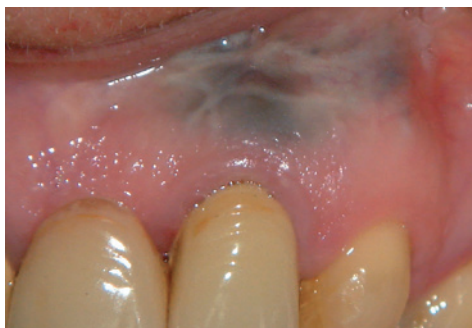


Fig. 2. Detalle de la lesión.

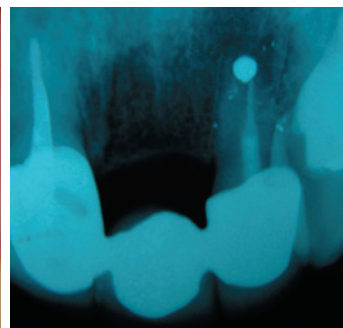


Fig. 3. Aspecto radiográfico de la lesión donde se aprecian restos de amalgama incrustados en la mucosa.

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.

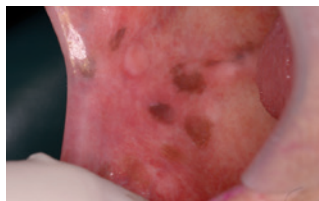


Fig. 2. Máculas similares en mucosa yugal derecha.

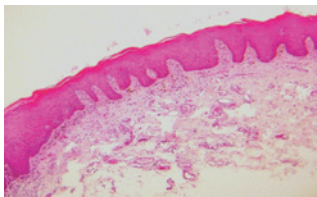


Fig. 3. Acúmulos de melanina en epitelio y conectivo.

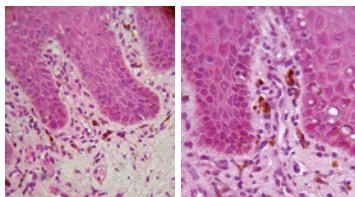


Fig. 4 y 5. Depósito de melanina en epitelio y en los macrófagos del conectivo.

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.

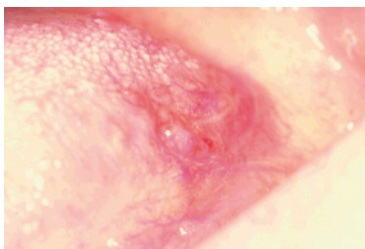


Fig. 1. Área irregular y eritematosa en tercio posterior lateral de la lengua.

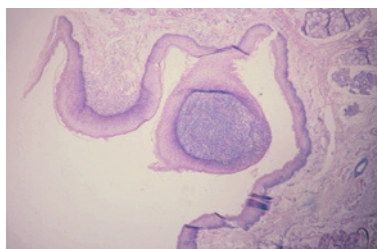


Fig. 2. Tejido linfoide en cripta.

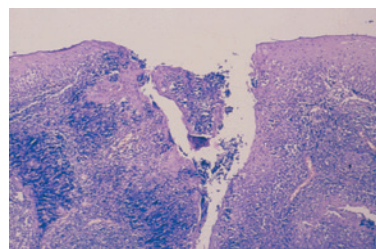


Fig. 3. Tejido linfoide.

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)

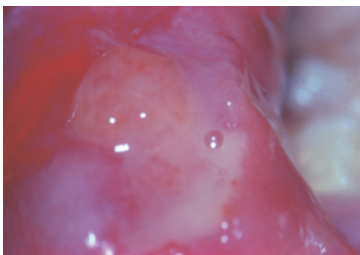


Fig. 1. Lesión ulcerada en cara interna de labio.

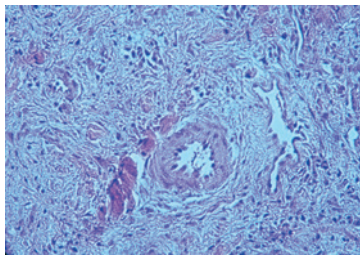


Fig. 3. Histopatología donde se observa la perivasculitis característica de este cuadro.

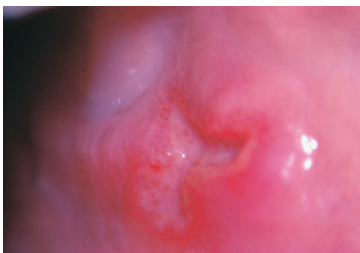


Fig. 2. Lesión ulcerada en mucosa yugal



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.

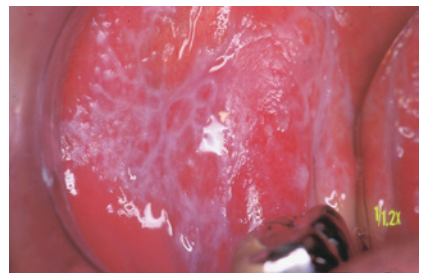


Fig. 3. Líquen plano oral. Estrías en mucosa yugal.

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.

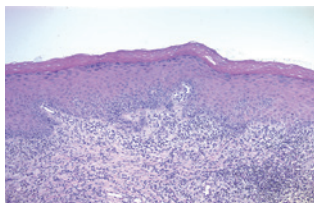


Fig. 2. Hiperqueratosis con infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario en banda.



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.

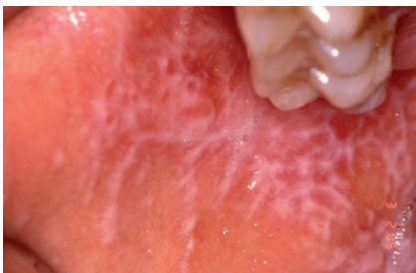


Fig. 1. Lesiones reticulares a nivel de mucosa yugal derecha.



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.

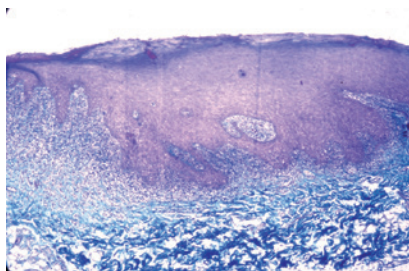


Fig. 2. Biopsia realizada en 1990. Como podemos observar presenta infiltrado linfocitario en banda en el tejido conjuntivo.



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.

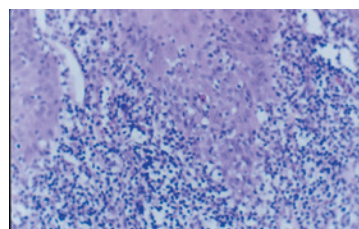


Fig. 3. Imagen histológica de la lesión discoide de mucosa yugal. Se observa un epitelio con acantosis irregular, proliferación de las redes así como un edema en lámina propia e infiltrado inflamatorio perivascular.

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.

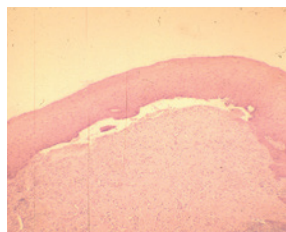


Fig. 3. Ampolla subepitelial.

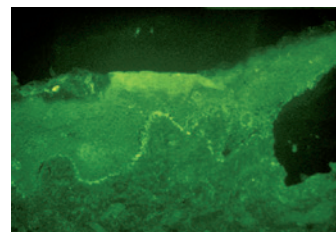


Fig. 4. IFD Patrón lineal en la membrana basal epiteliocorión.

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.

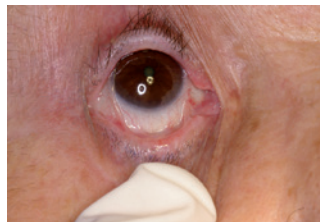


Fig. 2. Simblefaron en ojo derecho.

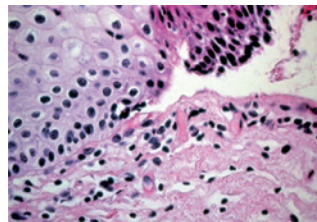


Fig. 3. Desarrollo de ampolla subepitelial en un extremo de la preparación.

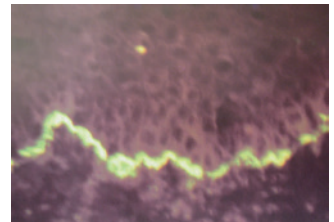


Fig. 4. Inmunofluorescencia directa: depósito de C3 de modo lineal en la zona de la membrana basal.

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.

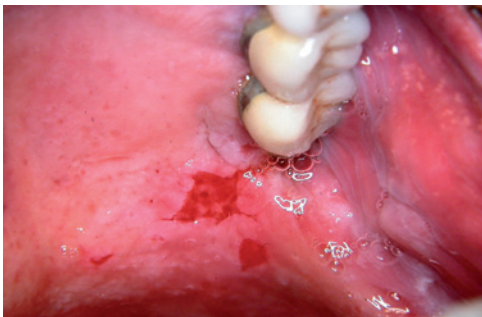


Fig. 1. Lesiones erosivas en paladar blando.

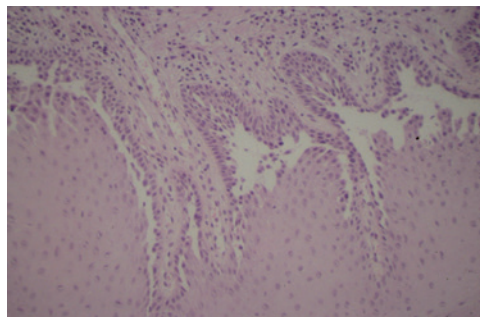


Fig. 2. Formación de ampolla intraepitelial (acantolítica).

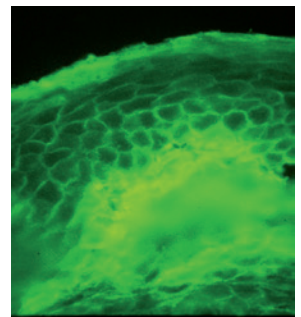


Fig. 3. Inmunofluorescencia directa: depósito de IgG en la sustancia intercelular.

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.

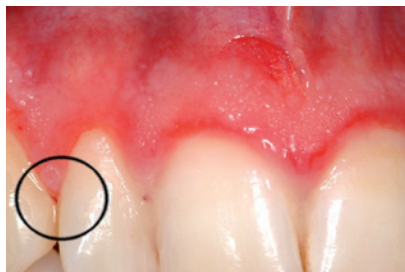


Fig. 2. Ampolla en papila.

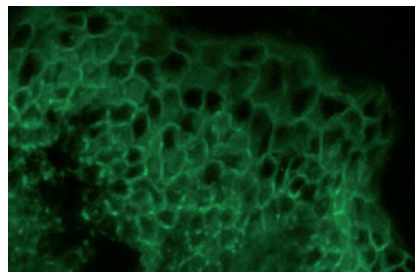


Fig. 3. Técnica de inmunofluorescencia directa. Patrón reticular intraepitelial.

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.

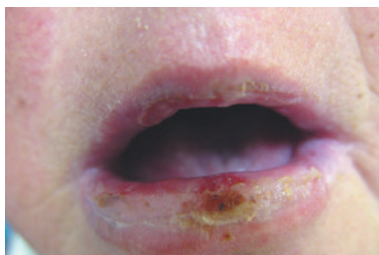


Fig. 2. Ulceración pos rompimiento de ampollas en los labios.



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.

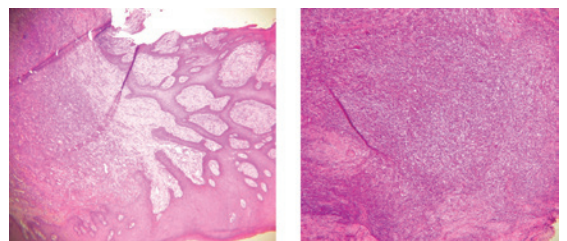


Fig. 3. Histopatología de la lesión en la que se observa hiperplasia epitelial e infiltrado inflamatorio.

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 policarías. 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.

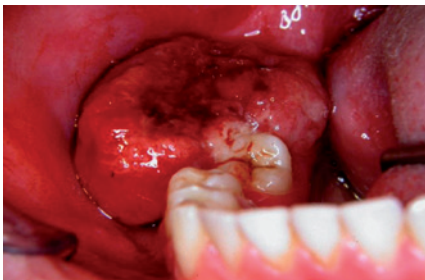


Fig. 1. Aspecto clínico de la lesión.

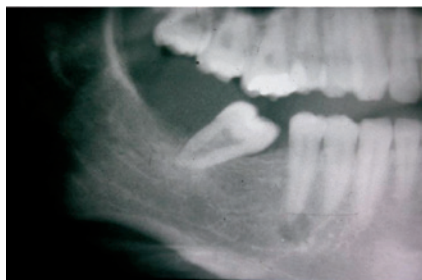


Fig. 2. Detalle de la ortopantomografía.

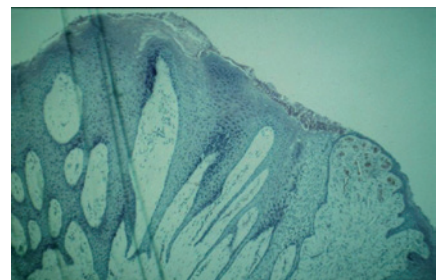


Fig. 3. Imagen de la preparación histopatológica.

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 “denticulos” 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 denticulos de diferente tamaño. La lesión tumoral esta 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 mas 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 epulifome eritematosa de superficie irregular.

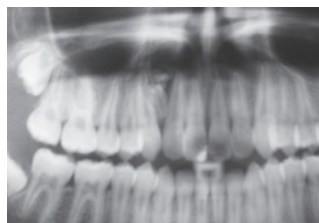


Fig. 2. Orotopantomografía que muestra una lesión opaca.

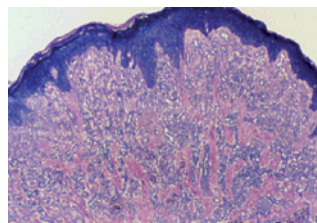


Fig. 3. Proliferación conectivo-vascular reactiva (Tricrómico 10X).

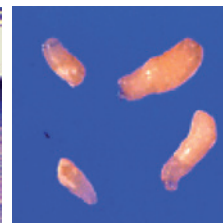


Fig. 4. Denticulos.

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).

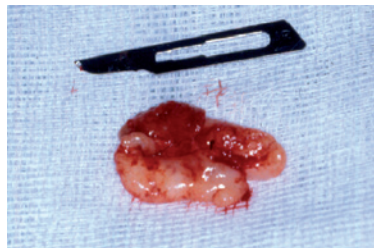


Fig. 2. Lesión tras exéresis completa.

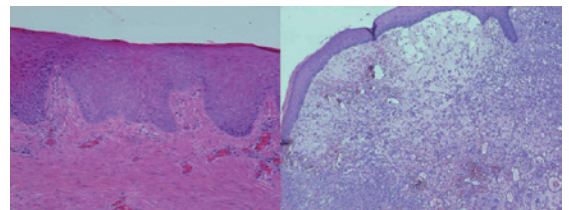


Fig. 3. (a) Histología zona Hiperplasia fibrosa (b) Zona de granuloma piógeno

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. Microscópicamente 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. Microscópicamente 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). Microscópicamente 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.

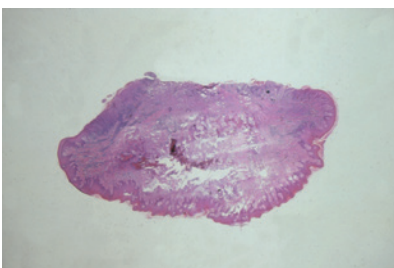


Fig. 2. Fragmento obtenido tras la biopsia escisional.

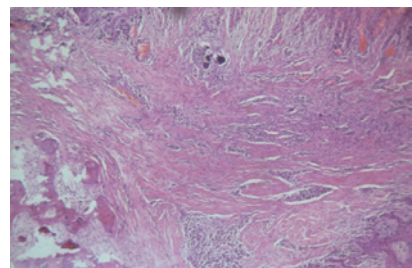


Fig. 3. Detalle de la masa biopsiada.

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 2.7, 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.

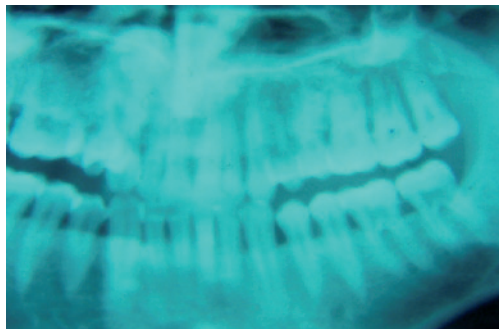


Fig. 2. Ortopantomografía, lesión periodontal del 27.

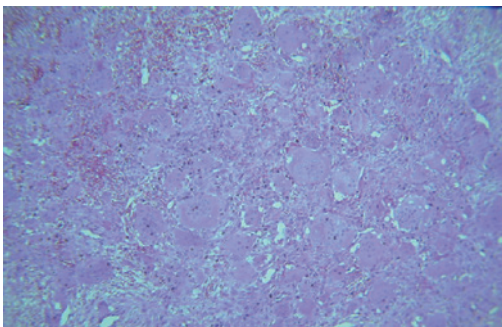


Fig. 3. Histología Granuloma periférico de células gigantes.

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.

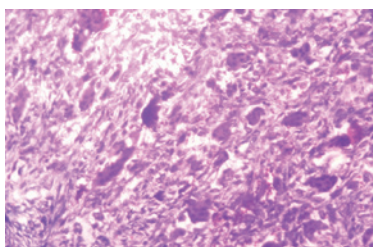


Fig. 2. Estudio histopatológico.



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

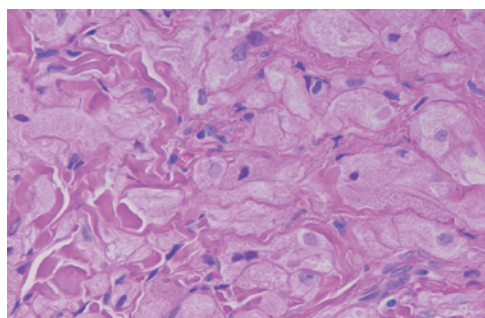


Fig. 3. Histología de tumor de células granulosas

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.

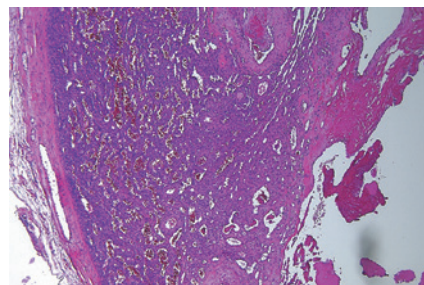


Fig. 3. Imagen histopatológica del hemangioma cavernoso, tinción con Hematoxilina-Eosina. (5x).

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.

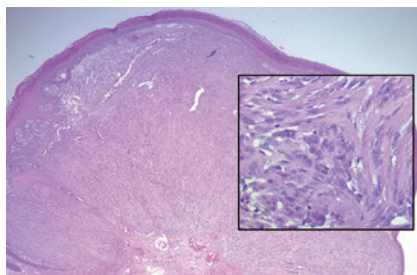


Fig. 2. Lesión polipoide cubierta por epitelio escamoso queratinizado. Características citológicas de benignidad de células fusiformes en empalizada. Proliferación fibroblástica de células de Schwann.

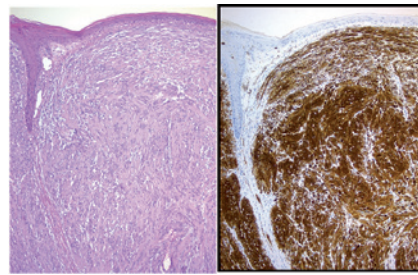


Fig. 3. Característica disposición en "empalizada" de los núcleos de las células tumorales. Fuerte inmunotinción positiva para la proteína S 100.

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.

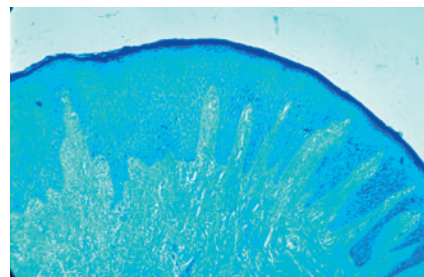


Fig. 3. Estudio histopatológico: Hiperqueratosis con displasia epitelial leve.

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.

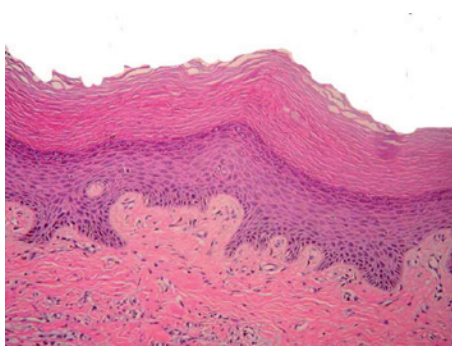


Fig. 2. Hiperplasia epitelial con hiperqueratosis (H&E 40X).

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.

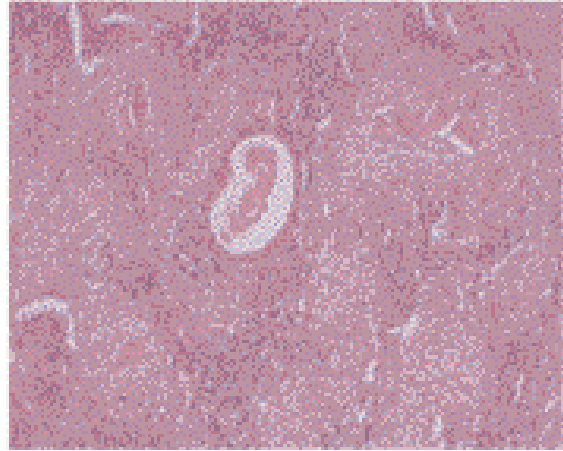


Fig. 2. Imagen histológica con proliferación de ciclos tumorales e células escamosas y cordones con intensa infiltración inflamatoria.



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.

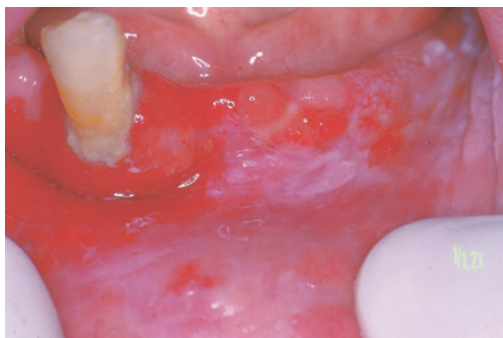


Fig. 1. Lesión eritroleucoplásica con zonas blancas y atróficas.

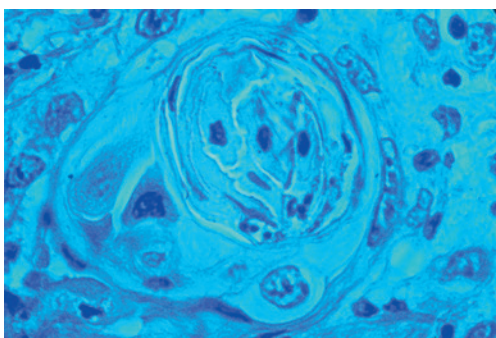


Fig. 2. Globo córneo en formación intraepitelial.

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.

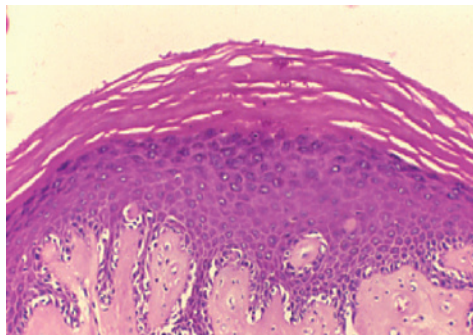


Fig. 2. Hiperplasia epitelial con hiperortoqueratosis y granulosis (H&E 20X).



Fig. 3. Lesión eritroleucoplásica en dorso lingual.

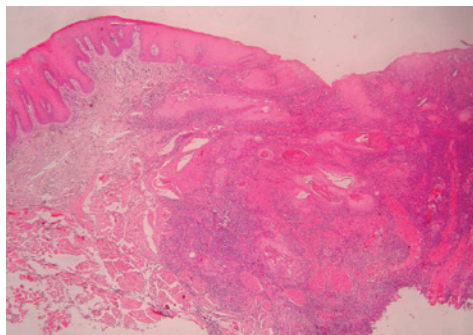


Fig. 4. Limite de la lesión que muestra una proliferación epitelial escamosa infiltrante con intensa respuesta inflamatoria (H&E 10X).

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.

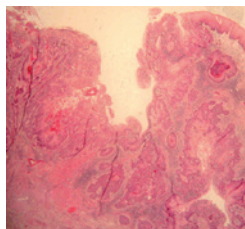


Fig. 2. Límite de la lesión mostrando una proliferación epitelial escamosa maligna (H&E 10X).

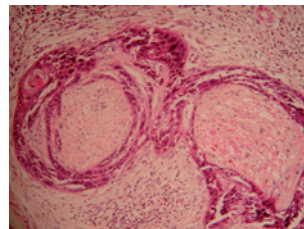


Fig. 3. Infiltración neoplásica perineural (H&E 40X).

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.

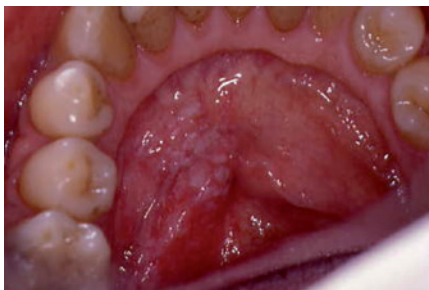


Fig. 1. Lesión localizada en suelo de boca.

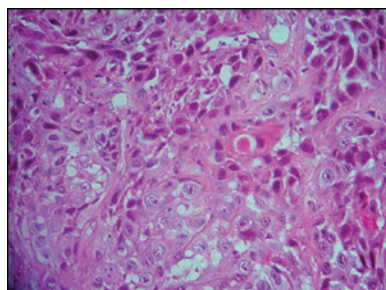


Fig. 2. Proliferación escamosa maligna (H&E 60X).

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.

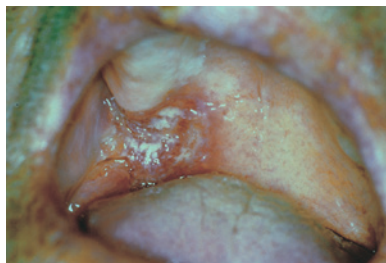


Fig. 2. La úlcera se extiende al paladar duro y blando, bajo la prótesis.

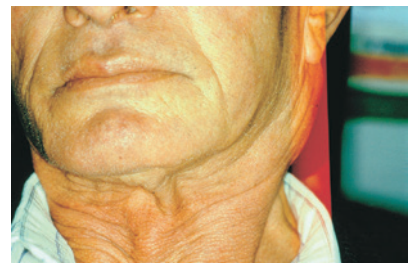


Fig. 3. Metástasis cervical.

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.

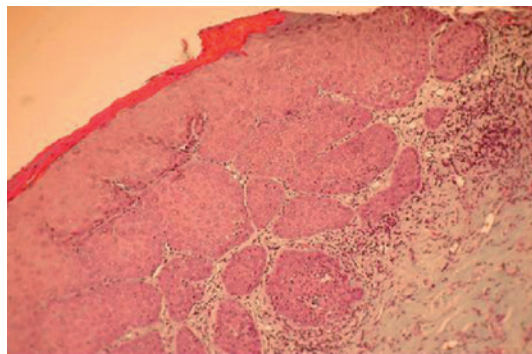


Fig. 2. Aspecto histopatológico de la biopsia.

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.

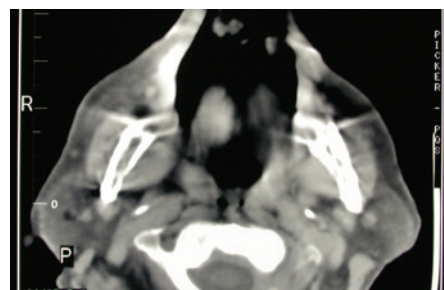


Fig. 3.

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.

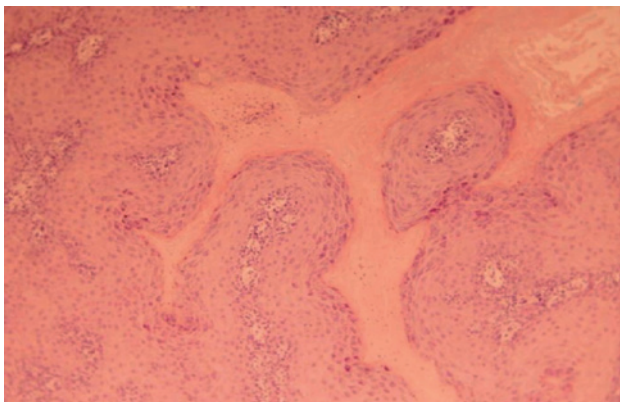


Fig. 2. Biopsia 1. Carcinoma verrucoso.

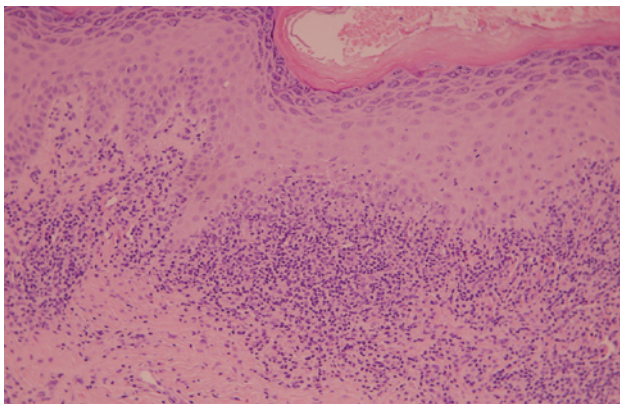


Fig. 3. Biopsia 2. Liquen plano.

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.

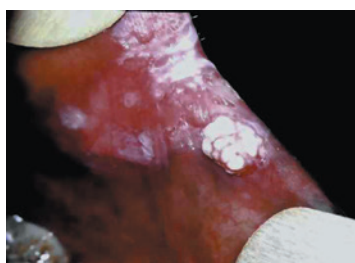


Fig. 2. Imagen a mayor aumento de la lesión anterior.

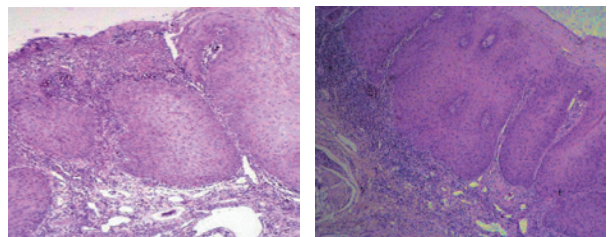
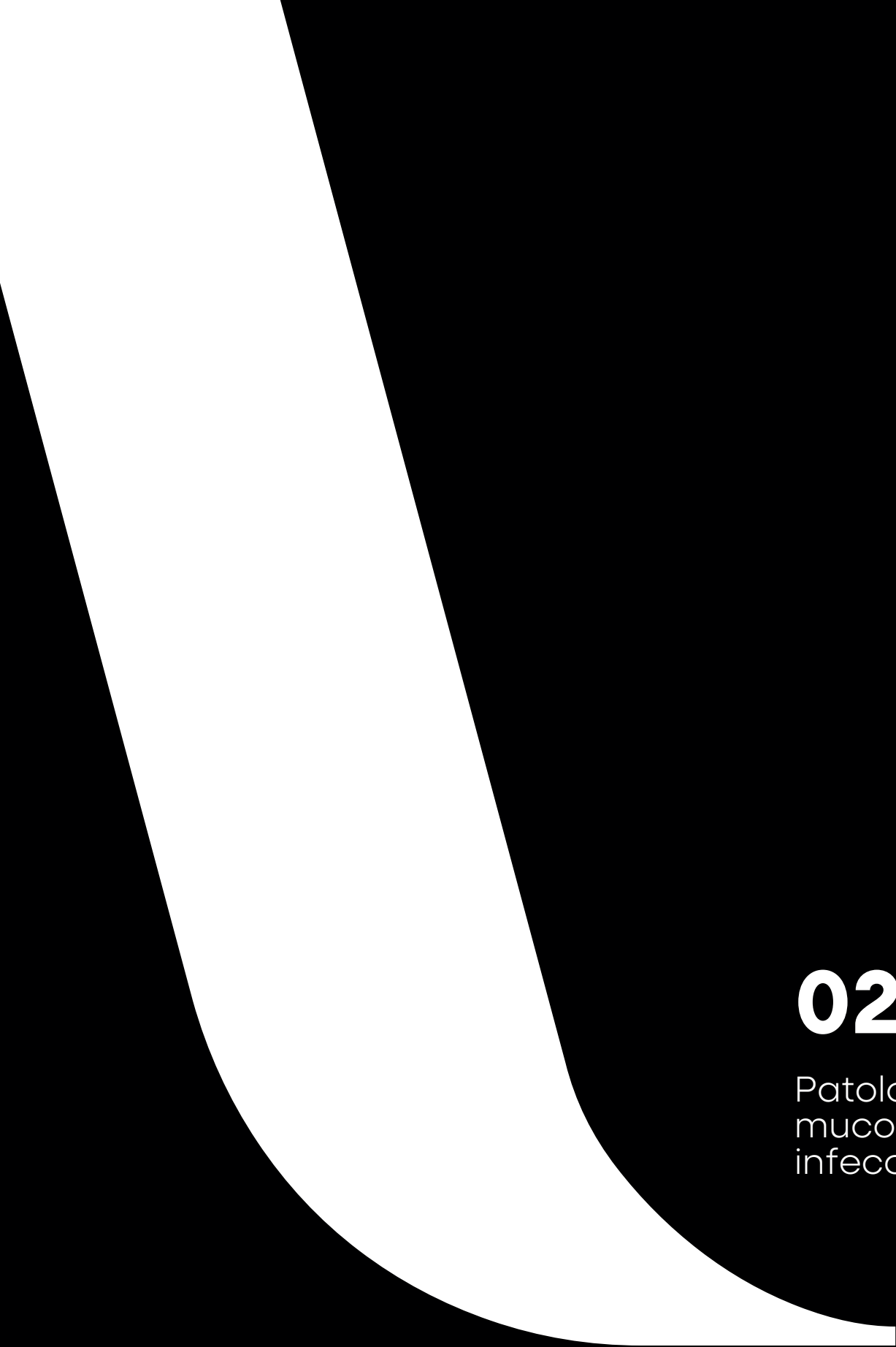


Fig. 3 A y B. Imagen histológica de la lesión en la que se observa una hiperplasia excesiva del epitelio. La base de las crestas, en forma de maza, alcanza la red vascular sin infiltrarla, estando constituidas por células escamosas intensamente pleomórficas con mitosis (tinción con Hematoxilina Eosina).



02

Patología
mucosa
infecciosa

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 actinomicos 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 actinomicos 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 actinomicos 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.

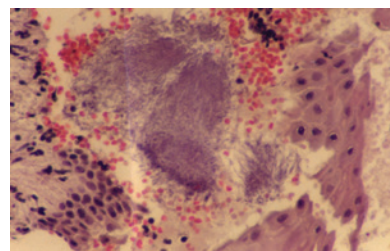


Fig. 3. Estudio histopatológico.

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.

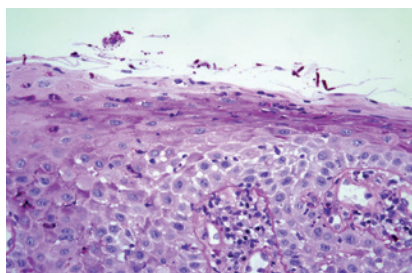


Fig. 2. Hiperqueratosis con la presencia de hifas y esporas de hongos morfológicamente compatibles con *cándida*, que penetran en profundidad en la capa superficial del epitelio



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.

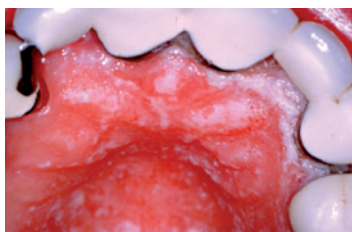


Fig. 2. Lesiones de Cándida en paladar.

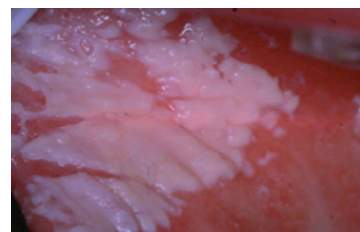


Fig. 3. Lesiones de Candida en mucosa yugal derecha.

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.

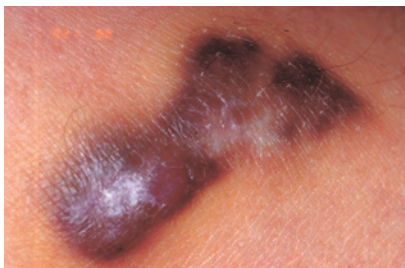


Fig. 2. Lesión en piel de abdomen.



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 acantósico 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.

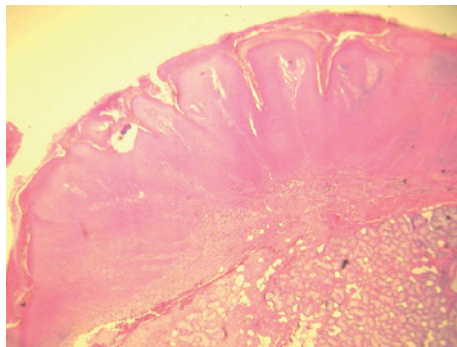


Fig. 2. Imagen histopatológica de papiloma escamoso. H&E.

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

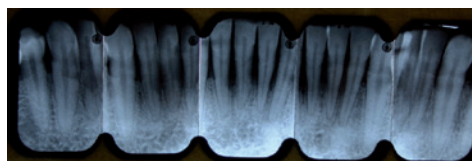


Fig. 2. Serie periapical. Sector anteroinferior.



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.

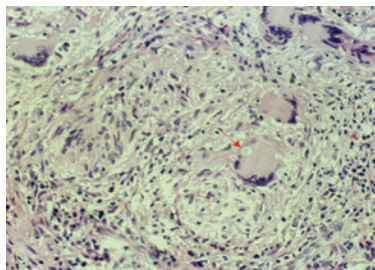


Fig. 2. Múltiples granulomas con células gigantes multinucleadas, conteniendo estructuras ovoides (flecha).

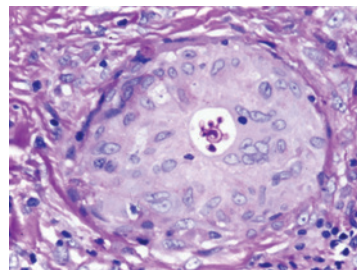


Fig. 3. Células epitelioides que rodean al paracoccidiodes brasilienses que aparece como una estructura PAS positiva con gemación periférica.

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.

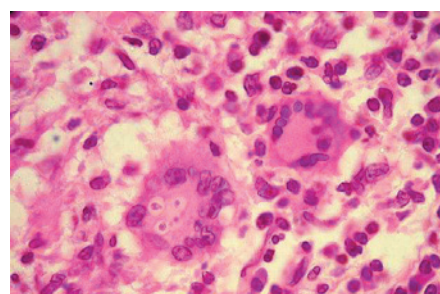


Fig. 3. Aspecto microscópico de la paracoccidioidomicosis presentando tejido de granulación con la presencia del hongo en el interior de células gigantes.

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.

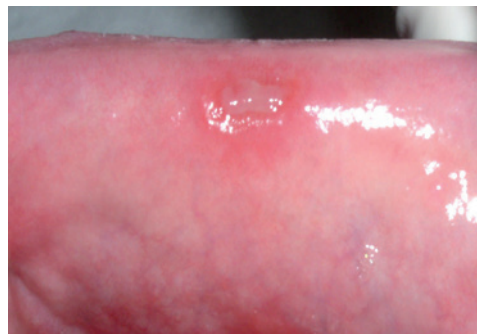


Fig. 4. Lesión ulcerada irregular en labio inferior.

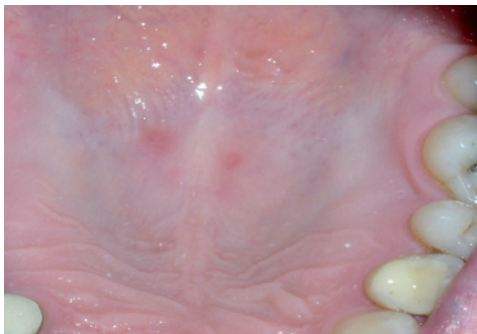


Fig. 5. Resolución de las lesiones palatinas.



Fig. 6. Resolución de las lesiones labiales.

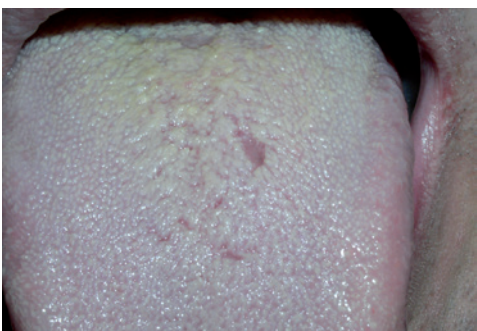


Fig. 7. Resolución de la lesión lingual

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/úlcera 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.

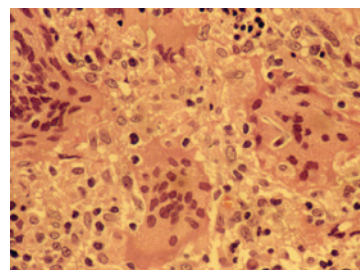


Fig. 3. Granulomas con células gigantes multinucleadas.

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

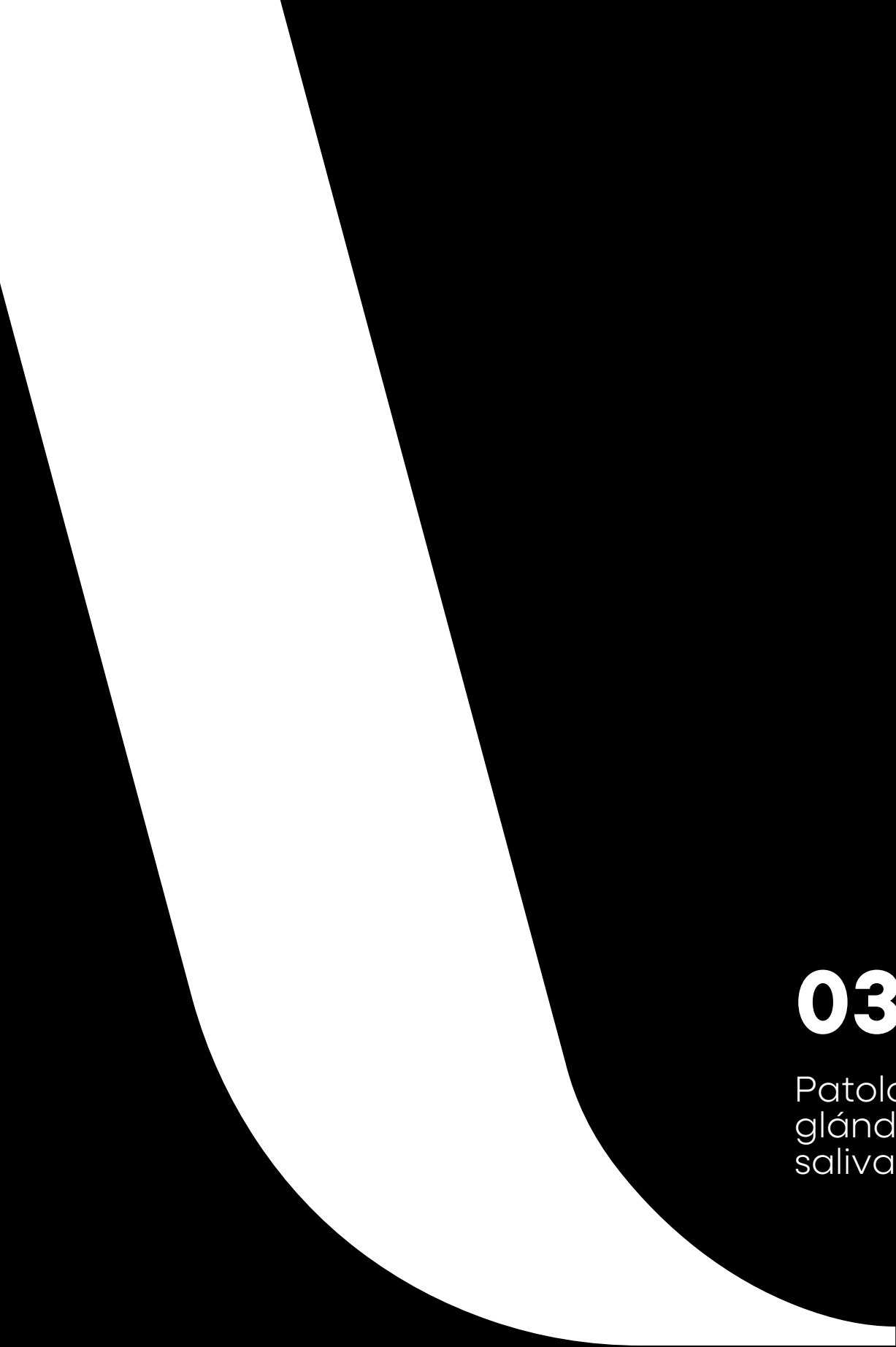
Glositis rómbica mediana (atrofia papilar central de la lengua)

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.



03

Patología
glándulas
salivales

Índice

- 3.1** Mucoccele de glándula salival menor
- 3.2** Litiasis de glándula salival menor labial
- 3.3** Sialometaplasia necrotizante
- 3.4** Parotiditis esclerosante poliquística bilateral
- 3.5** Adenoma pleomorfo (glándula salival menor)
- 3.6** Malignización de adenoma pleomorfo
- 3.7** Carcinoma mucoepidermoide (recidiva)
- 3.8** Adenocarcinoma de células acinares
- 3.9** Carcinoma adenoideo quístico

3.1 Mucoccele Labial

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 de 23 años que presenta un crecimiento de varios meses de evolución asintomático. La paciente confiesa que se mordisquea repetidamente la zona. Al comienzo del proceso mordisqueaba la lesión y desaparecía, desde hace semanas no desaparece.

EXPLORACIÓN

A la palpación es blanda y asintomática. Tiene una coloración ambarina y se aprecia su contenido líquido. Se observa un área de eritema rodeando a la zona elevada. (Fig.1).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se planteó un diagnóstico clínico de mucoccele. La cuestión a dilucidar sería la presencia o no de una cobertura epitelial de la colección de líquido.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realizó una biopsia escisional para por un lado confirmar el diagnóstico y por otro realizar el tratamiento de la lesión. La imagen histopatológica se muestra en la (Fig. 2).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Mucoccele por retención.

CLAVES DEL CASO

El mucoccele es una lesión frecuente, sobre todo en población joven. La zona con mayor prevalencia es el labio inferior. La causa más frecuente es el mordisqueo repetido de este labio. Todos estos factores se daban en la paciente. El tratamiento más adecuado para evitar su recidiva es la exéresis quirúrgica con el tejido glandular adyacente. Este fue el tratamiento que realizamos, tras 3 años de seguimiento no se han encontrado recidivas. Otro factor importante para su recidiva es el abandono del hábito de mordisqueo.



Fig. 1. Lesión exofítica, asintomática en labio inferior.



Fig. 2. Imagen histológica en la que se observa la cobertura epitelial del quiste mucoso.

3.2 Litiasis de glándula salival menor labial

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

Mujer de 40 años de edad que acude a la consulta de Estomatología por presentar cuadros inflamatorios de repetición en zona labial inferior. No ha presentado dolor, ni supuración. Refiere una evolución de varios años y no presentar antecedentes de traumatismos. En la actualidad la sintomatología inflamatoria es más frecuente.

EXPLORACIÓN

A la exploración física presenta una tumefacción en mucosa labial inferior firme, esférica, indolora y fluctuante. No se palpan adenopatías ni lesiones en otras partes de la cavidad oral.(figura 1)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Mucocele labial.
- Patología tumoral glandular (adenoma pleomorfo)
- Fibroma
- Traumatismo
- Patología vascular

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realizó una biopsia escisional para por un lado confirmar el diagnóstico y por otro realizar el tratamiento de la lesión. La imagen histopatológica se muestra en la (Fig. 2).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Mucocele de retención por sialolito de glándula salival menor labial. El tratamiento fue la extirpación quirúrgica de la lesión encontrándonos dos sialolitos dentro de la glándula salival menor labial. (Figs. 2 y 3).



Fig. 1. Litiasis glándula salival menor.

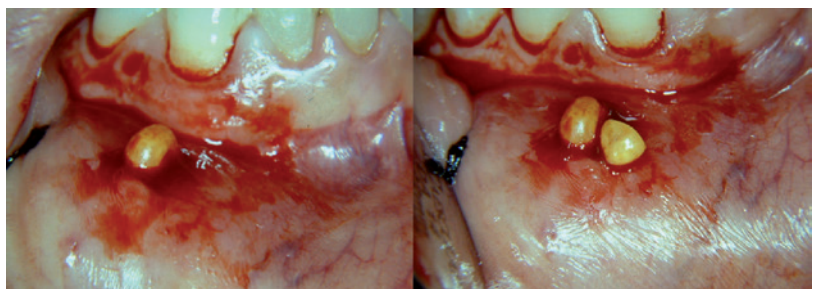


Fig. 2. Litiasis glándula salival menor labial.

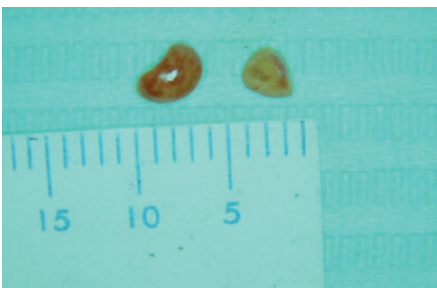


Fig. 3. Cálculos glándula salival menor.

3.3 Sialometaplasia necrotizante

Rodrigo Rodríguez MA., (1) Esparza Gómez G., (1) Cerero Lapiedra R. (1)

Campo Trapero J., (1) Aguirre Urizar JM., (2)

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

(2) Departamento de Odontología. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad del País Vasco.

HISTORIA CLÍNICA

Una joven de 21 años acude a consulta refiriendo, hace 7 días, la aparición de de dos bultos, dolorosos, en el paladar acompañados de fiebre de 38° C. A los 3 días los bultos se transformaron en dos profundas úlceras y desaparecieron la fiebre y el dolor. Es fumadora de 10 cigarrillos diarios y carece de otros antecedentes de interés.

EXPLORACIÓN

Se observan 2 profundas úlceras (3x1 cm. y 2x1 cm.) localizadas a ambos lados de la línea media del paladar duro. Los bordes de las lesiones son elevados y no indurados, y el fondo de las mismas está ocupado por restos necróticos. (Fig. 1). No se provoca dolor durante la exploración. El resto de la exploración oral no mostraba otras alteraciones. El estudio radiológico y la analítica sistemática de sangre tampoco mostraron alteraciones.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Úlceras traumáticas (de origen mecánico, quirúrgico,...)

Infecciones: fístulas dentales, tuberculosis, sífilis.

Estomatitis aftosa recurrente forma mayor,

Inmunosupresión: SIDA, tratamientos con inmunosupresores.

Tumores: Carcinoma de células escamosas, carcinoma mucoepidermoide, sarcomas.

Procesos mieloproliferativos: Leucemia, linfoma no-Hodgkin

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La biopsia incisional mostró los hallazgos típicos de la sialometaplasia necrotizante: en la submucosa se observaron numerosas glándulas salivales menores productoras de moco en proceso degenerativo. En algunas zonas se pudo observar extensas necrosis de los acini glandulares y metaplasma epitelial ductal. (Fig. 3).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Sialometaplasia necrotizante

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

La etiología es desconocida pero parece que, en última instancia, la necrosis por isquemia es el factor precipitante de la lesión. La importancia del proceso radical en que su agresiva clínica e histopatología puede remedar a neoplasias malignas a causa de la severidad de las lesiones en un corto periodo de tiempo. En orden a descartar otros procesos una biopsia es obligada.



Fig. 1. Úlceras necróticas en el paladar.

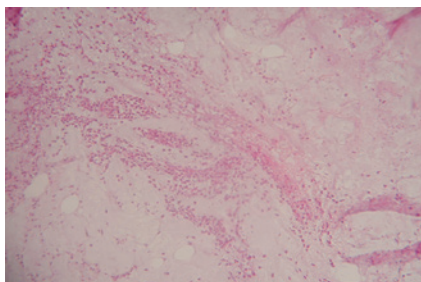


Fig. 2. Histopatología en la que se observa necrosis acinar e inflamación aguda.

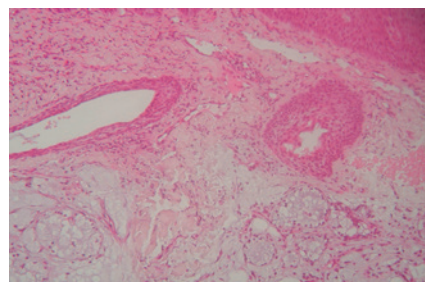


Fig. 3. Histopatología en la que se observa necrosis acinar y metaplasia.

3.4 Parotidis esclerosante poliquística bilate

Martínez-Conde R., Melendres J.C., Eguía A., 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

Mujer de 48 años, fumadora de 20 cigarrillos día, acude a consulta refiriendo padecer episodios repetidos de inflamación en ambas regiones parotídeas desde hace 12 años. Los episodios se instauraban de forma aguda, eran dolorosos y tenían una duración variable de 2 a 4 semanas, produciéndose de forma aleatoria en la región glandular derecha o izquierda. En una ocasión, cinco años antes, y coincidiendo con un proceso inflamatorio en la región parotídea derecha se produjo fistulización cutánea con supuración. La paciente había sido tratada en numerosas ocasiones con antibióticos y antiinflamatorios para controlar dichos procesos y en los dos últimos años el cuadro se producía únicamente en el lado derecho. Actualmente la paciente se quejaba de sequedad bucal y deformidad facial. La paciente no presentaba ningún antecedente general reseñable.

EXPLORACIÓN

Se observa tumefacción facial bilateral por agrandamiento de ambas regiones parotídeas, siendo evidente la presencia de una cicatriz cutánea preauricular en el lado derecho (Figura 1). A la palpación se detecta una parotidomegalia bilateral de consistencia dura-elástica constituida de múltiples nódulos que confluyen y que ocupan la celda parotídea en su totalidad. No adherencia a planos cutáneos. No se palpan adenopatías cervicales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Sialoadenosis
- Neoplasia parotídea multinodular
- Parotiditis esclerosante
- Otras patologías

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La sialografía mostraba un conducto principal uniforme con signos de sialoductitis en sus ramas principales, con amputación total del relleno periférico y parenquima sustituido por multitud de pequeñas estructuras quísticas comunicantes (Figura 2).

La punción aspiración con aguja fina (PAAF) demostró la existencia de un frotis con numerosos linfocitos maduros acompañados de histiocitos y de células apocrinoides disociadas. El diagnóstico citológico fue de compatible con tumor de Warthin.

La resonancia magnética mostraba lesiones focales nodulares quísticas en ambas parótidas que sustituían prácticamente el 80% del parénquima glandular y que se consideraron compatibles con tumor de Warthin bilateral y múltiple (Figura 3).

Se realizó parotidectomía superficial conservadora de la glándula derecha y cierre con reposición cutánea mediante colgajo de SMAS bajo anestesia general.

El análisis histopatológico demostró una pérdida casi completa del componente acinar glandular que aparecía sustituido por tejido conectivo fibroso. Se reconocían numerosas formaciones ductales dilatadas con un revestimiento metaplásico escamoso y un intenso infiltrado inflamatorio crónico rodeándolas (Figura 4)

3.4 Parotidis esclerosante poliquística bilate

Martínez-Conde R., Melendres J.C., Eguía A., 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.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Parotidis esclerosante poliquística bilateral

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

La clínica con episodios repetidos de inflamación es muy sugestiva de un cuadro retentivo salival, secundario a litiasis o a alteración ductal. Los datos de afectación bilateral y multinodular cuestionan que se trate de una neoplasia, aunque existen tumoraciones salivales bilaterales y múltiples como el tumor de Warthin. La imagen de la RM indica la presencia de cavidades que dirige en gran medida el diagnóstico que la histopatología confirma y que a su vez explica los hallazgos del PAAF.



Fig. 1. Úlceras necróticas en el paladar.

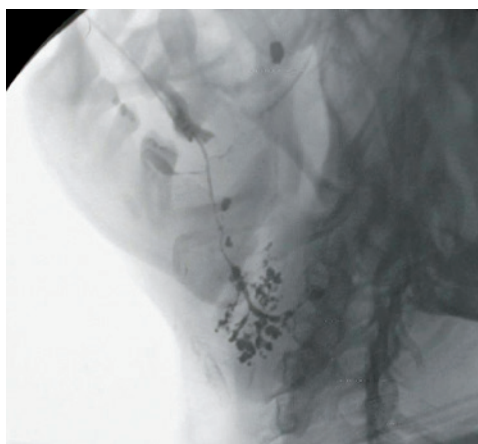


Fig. 2. Sialografía con múltiples áreas quísticas.

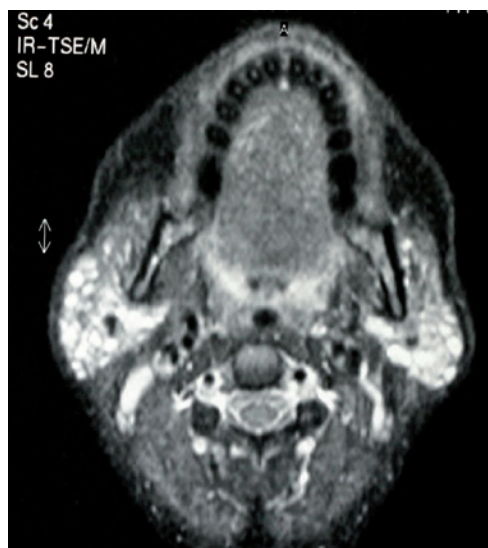


Fig. 3. RM con múltiples lesiones nodulares bilaterales.

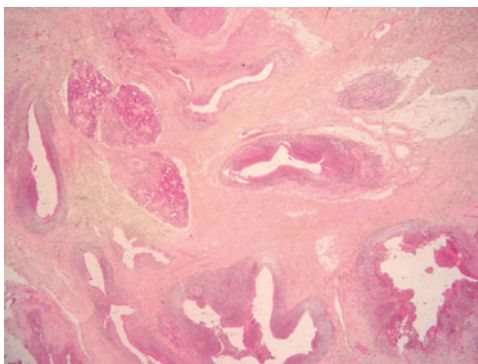


Fig. 4. Sustitución fibrosa del parénquima, dilataciones ductales e inflamación crónica (H&E 8X).

3.5 Adenoma Pleomorfo (glándula salival menor)

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

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 37 años de edad, que consulta por la presencia de una tumoración en el paladar de 1 año de evolución. Previamente había sido tratada con antibióticos ante la sospecha de una posible infección odontogénica, no remitiendo el cuadro. Entre sus antecedentes personales no había datos patológicos de interés ni enfermedades sistémicas. No constan hábitos tóxicos como tabaco o ingesta de alcohol. La paciente no refería ningún antecedente traumático o inflamatorio en la zona de la lesión.

EXPLORACIÓN

En la exploración física no se observan anomalías destacables. A nivel intraoral observamos, en el tercio medio del paladar duro, una lesión nodular, circunscrita, bien delimitada, de 2 cm de diámetro, recubierta por una mucosa de coloración y textura normal (Fig. 1). A la palpación la lesión presenta una consistencia elástica, desplazable y bien delimitada. El resto de la exploración estomatológica fue normal, no palpándose adenopatías en las cadenas cervicales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Infección odontógena. Exostosis ósea. Tumor de tejido conectivo.
Tumor glándula salival menor.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se solicitó un estudio analítico completo, siendo la bioquímica, hemograma y coagulación sanguínea normal. Se realizó una ortopantomografía en la que no se aprecian ausencias de dientes.

En la Tomografía Axial Computarizada no se observa en el techo óseo del paladar duro imágenes de erosión ósea cortical (Fig. 2).

Se realizó, una biopsia escisional. En el estudio histopatológico se observa una formación nodular no encapsulada, de bordes irregulares que crece a partir de los acinis mucosos de las glándulas salivales menores, constituida por células mioepiteliales poligonales de aspecto plasmocitoide que muestran en el centro una diferenciación fusiforme con producción de material de membrana basal que tiende a englobarlas, dando un aspecto condroide. La celularidad no muestra atipias (Fig. 3).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Adenoma pleomorfo de glándula salival menor.

CLAVES DIAGNÓSTICO

Aspecto clínico, biopsia, TAC.



Fig. 1. Visión intraoral donde se puede apreciar la tumoración en el paladar duro, que esta recubierta de una mucosa de aspecto normal.

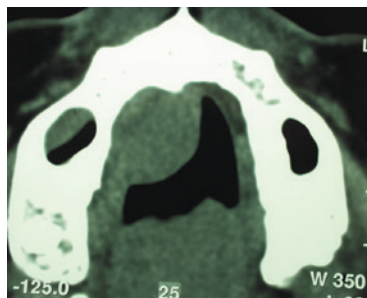


Fig. 2. Imagen de la TC, en la que se observa la tumoración y no produce erosión ósea.

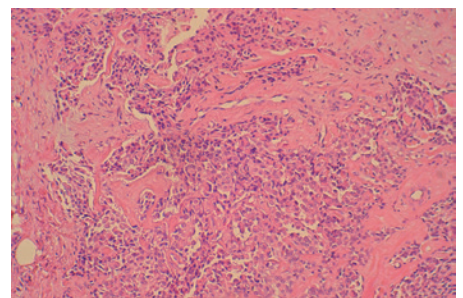


Fig. 3. Imagen histopatológica del adenoma pleomorfo, tinción con HE.

3.6 Malignización de Adenoma Pleomorfo

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 58 años que acude a consulta por presentar una tumoración de 20 años de evolución (Figs. 1 y 2). A lo largo del tiempo ha ido creciendo lentamente, aunque en el último año ha sido mucho más rápido.

EXPLORACIÓN

Es evidente una tumoración que afecta a toda la hemicara derecha. Se aprecian alteraciones tróficas con ulceración en algunas zonas. No se acompaña de dolor ni parálisis facial. No hay adenopatías acompañantes.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tumor benigno de parótida.

Tumor maligno de parótida.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

TAC (Fig. 3) y biopsia.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Malignización de un adenoma pleomorfo de parótida.

CLAVES DIAGNÓSTICO

No hay parálisis facial ni adenopatías acompañantes, por lo que podría sospecharse de un proceso benigno. No obstante el aspecto clínico de la lesión, la evolución y las alteraciones tróficas nos hacen sospechar de su malignidad. Un PAAF o una biopsia nos dan el diagnóstico con certeza.



Fig. 1. Tumoración de hemicara izquierda (visión de frente).



Fig. 2. Tumor visto de perfil.

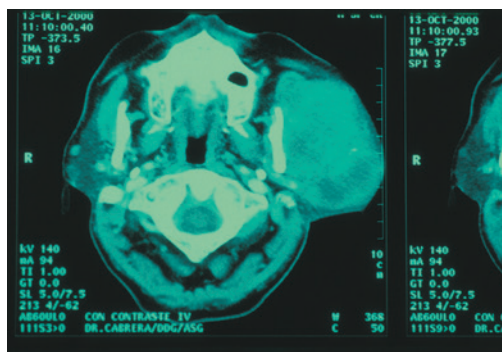


Fig. 3. En el espacio parotideo externo izquierdo, se aprecia una gran masa heterogénea de aproximadamente 12 cms. de diámetro mayor.

3.7 Carcinoma mucoepidermoide (recidiva)

Paz J, López E:
Diagnóstico por la Imagen. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 69 años de edad con antecedentes de carcinoma mucoepidermoide de parótida derecha intervenida hacia un año.

No presenta otros antecedentes personales o familiares de interés.

La paciente es remitida a la Unidad de Resonancia Magnética por sospecha de recidiva tumoral

EXPLORACIÓN

Tumefacción en hemicara derecha, dura y dolorosa a la palpación, con parálisis facial. Adenomegalias laterocervicales derechas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tumores malignos de parótida (Carcinoma adenoide quístico, Carcinoma indiferenciado, Adenocarcinoma), metástasis, linfoma.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Resonancia magnética y estudio histopatológico.

La RM revela una masa de 8 cm. de diámetro máximo que crece desde la región retromandibular del lóbulo profundo de la parótida derecha, de señal intermedia en secuencias T1 y de alta intensidad de señal heterogénea en T2, mal delimitada, que compromete músculos masticatorios y rama mandibular anteriormente, y posteriormente infiltra y destruye hueso temporal invadiendo fosa posterior y comprimiendo hemisferio cerebeloso derecho (Fig. 1,2 y 3)
Dichos cambios traducen recidiva tumoral de carcinoma mucoepidermoide.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Recidiva de carcinoma mucoepidermoide de alto grado.

CLAVES DIAGNÓSTICO

Masa que crece desde la celda parotídea derecha en paciente con cirugía previa por carcinoma mucoepidermoide.

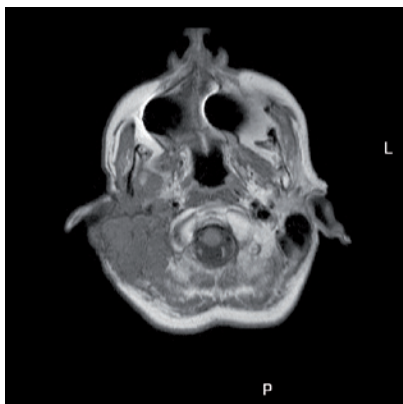


Fig. 1. RM en plano axial T1 de Ca mucoepidermoide de parótida derecha. Masa de unos 8 cm. de diámetro máximo que crece desde el lóbulo profundo de la parótida derecha, de señal intermedia, que compromete a músculos masticatorios y rama mandibular e infiltrando hueso temporal.

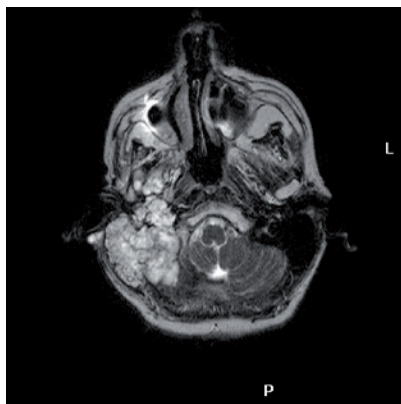


Fig. 2. RM en plano axial T2 de Ca mucoepidermoide de parótida derecha. La masa presenta alta intensidad de señal heterogénea en T2, infiltrando grupos musculares masticatorios y rama mandibular, de límites imprecisos y rebordes polilobulados, no encapsulada, de características malignas.



Fig. 3. RM en plano coronal T2 de Ca mucoepidermoide parótida derecha. La masa presenta alta intensidad de señal heterogénea en T2, de límites imprecisos y rebordes polilobulados, no encapsulada, que infiltra y destruye hueso temporal e invade fosa posterior, comprimiendo hemisferio cerebeloso derecho, de características malignas.

3.8 Adenocarcinoma de células acinares

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

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 35 años de raza blanca que acude a la consulta por presentar una tumoración en mucosa labial interna del labio inferior, asintomática, de aproximadamente un año de evolución. No presenta antecedentes médicos de interés.

EXPLORACIÓN

A la exploración se observa una lesión de 6 mm de diámetro, de aspecto nodular, de superficie lisa y consistencia elástica, no mordisqueada y blanquecina. Asintomático. (Fig. 1).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Mucocele
- Tumor benigno de glándula salival
- Fibroma traumático

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y TRATAMIENTO

Se realizó biopsia escisional de la lesión. (Fig. 2). El estudio anatomopatológico muestra una pérdida total de la arquitectura de la glándula salivar menor debido a una proliferación celular tumoral compuesta por células epiteliales, de núcleos redondeados, con ligero pleomorfismo, nucleolos pequeños y escasas figuras de mitosis. Los citoplasmas son amplios, granulares y vacuolados. El patrón de crecimiento varía de unas áreas a otras, apreciándose zonas sólidas, junto a otras microquísticas, papilares y foliculares. No existen zonas de necrosis. La neoplasia se encuentra delimitada por una cápsula fibrosa colágena, que se encuentra respetada. (Fig. 3).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Adenocarcinoma de células acinares de bajo grado de malignidad de glándula salivar menor.

CLAVES DEL CASO

El adenocarcinoma de células acinares (ACA) es una neoplasia maligna de las glándulas salivales que representa el 1-6% de estas neoplasias, siendo considerada una neoplasia de bajo grado de malignidad, con una supervivencia a los 5 años del 83.3% y una tasa de recurrencia del 12-35%. Es más frecuente en personas entre 50-60 años, siendo más común en mujeres con una relación 2:1. Fundamentalmente se localiza en parótida, aunque en algunos casos se ha observado en las glándulas salivales menores (sobre todo en labio superior), así como en las glándulas submandibulares y sublinguales. Clínicamente se muestra como una masa gomosa indolora que crece con lentitud, ligeramente móvil y que rara vez se ulcera.



Fig. 1. Tumoración en cara interna de labio inferior.



Fig. 2. Extirpación quirúrgica de la lesión.

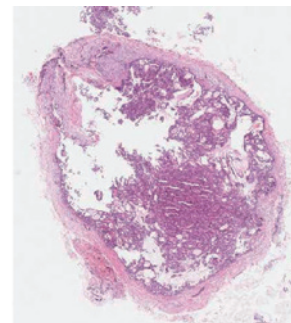


Fig. 3. Estudio anatomopatológico.

3.9 Carcinoma adenoideo quístico

Martínez González J.M., Cano Sánchez J., Campo Trapero J.
Departamento Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología. UCM. Madrid

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 54 años que acude a consulta con un “bulto” en el paladar de un año de evolución. El paciente no presentaba ninguna sintomatología dolorosa de hecho el hallazgo fue casual. El resto de la anamnesis era normal.

EXPLORACIÓN

A la exploración intraoral se observa una tumoración bien delimitada, de 2,5 x 2 cm de diámetro, (Figura 1). La consistencia a la palpación era semiblanda, no desplazable y estaba localizada a nivel de la fibromucosa palatina. La tumoración presenta una mucosa de revestimiento normal, ligeramente hiperémica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Lipoma
- Mixoma
- Adenoma pleomorfo
- Carcinoma adenoideo quístico

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se le realizó biopsia excisional de la lesión (Figura 2) para estudio histopatológico siendo informada de CAQ, con invasión perineural y perivascular dentro de un patrón cribiforme, con un mayor número de células mioepiteliales y sustancia mucoide (Figura 3). Con este diagnóstico se procedió posteriormente a una resección en bloque con amplios márgenes de seguridad, siendo informado de nuevo anatomopatológicamente con bordes quirúrgicos libres de extensión tumoral.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Carcinoma adenoideo quístico

CLAVES DEL CASO

El carcinoma adenoideo quístico (CAQ) es un tumor salival maligno infiltrativo, poco frecuente, que Biltroth (1959) denominó también Cilindroma. Se le conoce vulgarmente como “lobo con piel de cordero” pues es muy agresivo, aunque histológicamente no presenta características de malignidad. Representa el 4% de los tumores salivales y el 15% de los tumores malignos de la cavidad oral. Es el tumor maligno más frecuente en glándulas submandibular y sublingual y también puede afectar a las glándulas salivales menores frecuentemente en mucosa palatina. La localización en glándulas salivales menores, un tiempo de evolución clínica inferior a un año, y un estadio elevado con un tamaño tumoral grande son factores desfavorables respecto al pronóstico. La supervivencia a 10 años es del 50% en los pacientes con tumores < 2 cm, resaltando la importancia del diagnóstico precoz de esta lesión.



Fig. 1. Tumoración en paladar.

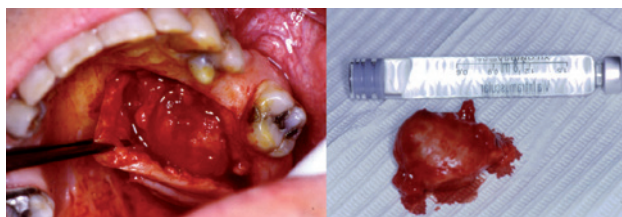


Fig. 2. (a) Toma de biopsia para estudio histopatológico. (b) Tamaño de la lesión.

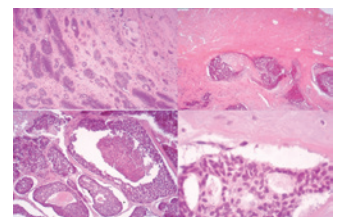


Fig. 3. Estudio histopatológico: invasión perineural y perivascular dentro de un patrón cribiforme, con un mayor número de células mioepiteliales y sustancia mucoide.



04

Patología
maxilares,
dentaria y
de ATM

Índice

- 4.1** Quiste gingival del adulto
- 4.2** Quiste glóbulo maxilar
- 4.3** Quiste glóbulo maxilar
- 4.4** Quiste óseo simple
- 4.5** Quiste folicular
- 4.6** Odontoma complejo
- 4.7** Osteocondroma
- 4.8** Condrosarcoma
- 4.9** Ameloblastoma en maxilar
- 4.10** Displasia fibrosa
- 4.11** Osteoradionecrosis
- 4.12** Osteonecrosis por bifosfonatos
- 4.13** Periostitis mandibular aguda
- 4.14** Dentinogénesis imperfecta
- 4.15** Artrosis temporomandibular
- 4.16** Fractura mandibular

4.1 Quiste gingival del adulto

Martínez-Conde R., Coca J.C., Gainza M.L., 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.

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 66 años que consulta por que desde hace 3 meses tiene un bulto en la encía. Es fumador de 10 cigarrillos/día y consumidor moderado de alcohol. Hace 2 años le colocaron un implante y una corona en esa zona.

EXPLORACIÓN

Se observa una lesión tumoral de 1 cm de diámetro en la encía vestibular del 4º cuadrante entre el 4.2 y el 4.3. La lesión es traslúcida, a tensión y con apariencia quística (Figura 1). El 4.2 está endodonciado y el 4.3 presenta vitalidad positiva. La ortopantomografía muestra una lesión radiolúcida bien definida en la misma zona que no afecta a los dientes adyacentes (Figura 2).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Quiste gingival del adulto
- En la encía no existen glándulas salivales luego no puede tratarse de un mucocelo.
- Podría corresponder a otras patologías odontogénicas como: tumor odontogénico queratoquístico, quiste radicular lateral, etc.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realizó biopsia excisional que mostró una lesión quística bien definida que hacía impronta en el hueso mandibular. No se practicó punción previa para evitar el colapso de la lesión que podría condicionar una peor cirugía extirpatoria. La pared quística conectiva no presentaba inflamación y estaba revestida interiormente por un epitelio plano poliestratificado no queratinizado delgado, que focalmente mostraba engrosamientos en los que se identificaban algunas células claras (Figura 3).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Quiste gingival del adulto

CLAVES DEL CASO

Los datos clínicos de la localización y apariencia son fundamentales para alcanzar el diagnóstico de esta patología. En este caso existían datos adyacentes que hipotéticamente podían confundir. La histopatología es concluyente de que se trata de un quiste odontogénico de desarrollo.



Fig. 1. Lesión quística en la encía inferior.

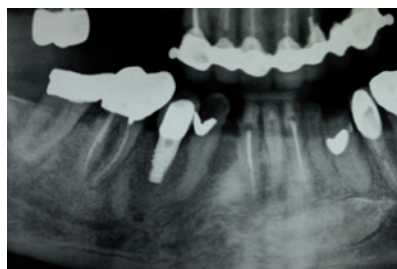


Fig. 2. Lesión radiolúcida bien definida e inclusión de canino.

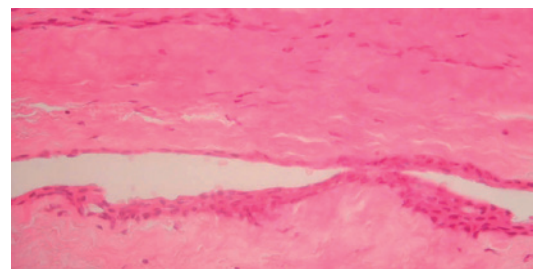


Fig. 3. Epitelio delgado no queratinizado con engrosamientos focales (H&E 40X).

4.2 Quiste globulomaxilar

Vicente Barrero M. (1) (2), Castellano Navarro JM (3)

(1) *Facultativo Especialista de Área.*

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

(3) *Médico Odontólogo.*

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 19 años que acude para estudio de tumoración en maxilar superior (Fig. 1). No refiere dolor ni historia de tratamiento odontológico ni traumatismo facial anterior.

EXPLORACIÓN

Se trata de una lesión que protruye tanto en vestíbulo como el paladar. Ligeramente fluctuante, pero sin dolor a la palpación.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Absceso de origen dentario.
- Adenoma pleomorfo de glándula salival menor.
- Quiste odontógeno.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En el estudio radiográfico (Figs. 2 y 3) se objetiva un desplazamiento de las raíces de los dientes 12 y 13. Dientes vitales.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Tras la extirpación quirúrgica (Fig. 4) se confirmó el diagnóstico de sospecha de quiste glóbulomaxilar.

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

Desplazamiento de las raíces adyacentes, conservando la vitalidad pulpar. Localización entre incisivo lateral y canino superiores. Confirmación anatomo-patológica.



Fig. 1. Tumoración que afecta a vestíbulo y paladar.

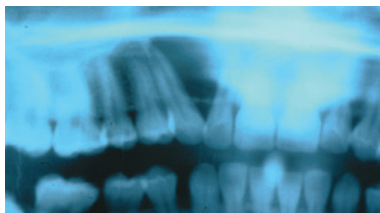


Fig. 2. Ortopantomografía.



Fig. 3. En la radiografía periapical se observa con detalle la desviación de las raíces.



Fig. 4. Ferulización del sector anterior tras la extirpación.

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 26 años, raza negra que acude a consulta de Cirugía Maxilofacial del Hospital Príncipe de Asturias por presentar una tumoración en región del maxilar superior izquierdo. No presenta ningún antecedente médico de interés.

EXPLORACIÓN

A la exploración se observa una leve deformidad a nivel del surco vestibular izado, asintomático y sin otra alteración en mucosas y estructuras orales. La ortopantomografía evidencia una imagen radiolúcida bien delimitada que provoca divergencia de las raíces del incisivo lateral y canino, dando lugar a una imagen en forma de “pera invertida”. La vitalidad pulpar en los dientes adyacentes está conservada

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Quiste periodontal lateral
- Quiste globulomaxilar
- Quiste radicular
- Quiste dentígero

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS-TRATAMIENTO

Se solicita un TC maxilar que confirma la existencia de la lesión radiolúcida, de 2 cm de diámetro bien delimitada con las corticales óseas vestibular y palatina conservadas, aunque muy adelgazada en su porción anterior. Se planifica quistectomía y estudio histopatológico.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Quiste globulomaxilar

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

Este tipo de quiste suele pasar desapercibido, ya que suele ser asintomático, a no ser que se infecte o adquiera un tamaño considerable como sucede en este caso. Se realizó la quistectomía conservando dientes adyacentes y el estudio anatomopatológico reveló presencia de epitelio de revestimiento escamoso no queratinizado rodeado de un tejido conectivo fibroso infiltrado por células inflamatorias



Fig. 1. Tumoración en fondo de vestibulo.

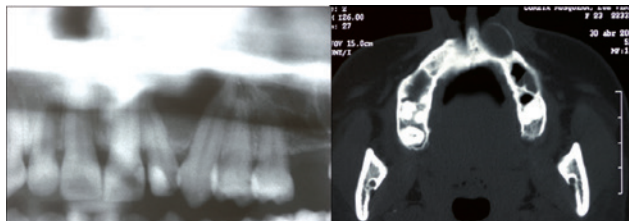


Fig. 2. (a) Lesión radiolúcida en maxilar superior con forma de “pera invertida”
(b) TC del maxilar superior

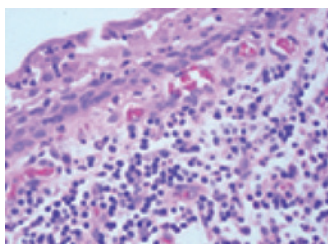
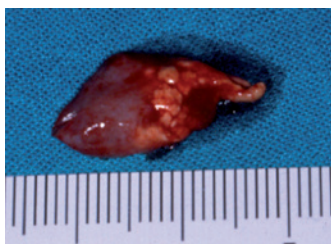


Fig. 3. (a) Lesión quística extirpada (2 cm diámetro) (b) estudio anatomopatológico.

4.4 Quiste óseo simple

Lobos James-Freyre N., (1) Concha Sánchez G. (2)

(1) Profesor Titular Facultad de Odontología Universidad de Chile.

(2) Profesor Asistente Hospital Clínico Universidad de Chile.

HISTORIA CLÍNICA

Niña de 12 años, presenta leve aumento de volumen en parte anterior de la mandíbula. Se le realiza radiografía periapical, en donde se observa parcialmente extensa lesión osteolítica de aspecto quístico.

EXPLORACIÓN

Aumento de volumen zona anterior de mandíbula, de consistencia firme, recubierto por mucosa sana y sin sintomatología.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tumor Odontogénico Queratoquístico

Quiste Radicular

Ameloblatoma Uniquístico

Granuloma Central de Células Gigantes

Quiste Oseo Simple

Quiste Oseo Aneurismático.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realizó prueba de vitalidad pulpar, donde se comprobó que las piezas dentarias anteroinferiores se encuentran vitales. También se indicó TC, donde se aprecia lesión osteolítica unilocular, de límite definido corticalizado, con gran compromiso vestibulo-lingual que adelgaza y expande levemente ambas tablas óseas. En la radiografía periapical se aprecia que la lesión presente contorno festoneado en relación a ápices de piezas dentarias (interdigitación a nivel de ápices).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Quiste Oseo Simple, también llamado traumático, hemorrágico o quiste unicameral del hueso. De etiología desconocida, se presenta habitualmente en la segunda década y de preferencia en mandíbula. Historia de trauma muy infrecuente. Tratamiento: curetaje. Posee excelente pronóstico.

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

Piezas dentarias vitales. Lesión osteolítica unilocular de aspecto quístico que presenta interdigitación a nivel de ápices radiculares. En la intervención quirúrgica se encuentra una cavidad vacía. Histológicamente el material que se logra obtener es escaso: porciones de tejido conjuntivo vascular, eventualmente puede encontrarse fibrina y en algunos casos hemosiderina. Al raspado de la cavidad se extraen pequeñas espículas óseas.

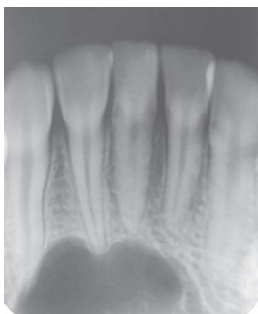


Fig. 1. Imagen radiográfica inicial.

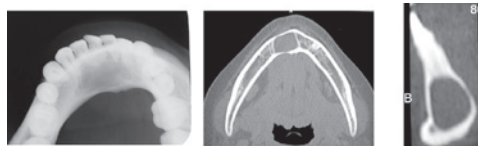


Fig. 2. Radiografía oclusal y Tomografía Computarizada.

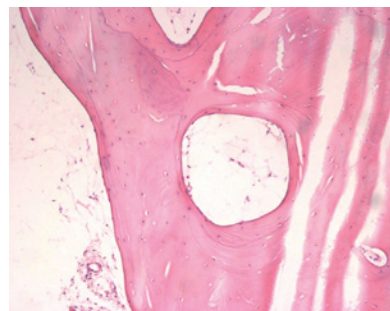


Fig. 3. Histología.

4.5 Quiste folicular

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

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de sexo femenino de trece años que presenta desde hace varios meses un bulto en rama horizontal izquierda de la mandíbula.

EXPLORACIÓN

En la exploración hay cierta crepitación y dolorimiento ligero. (Fig. 1). En la dentición no aparece el segundo bicúspide, estando su lugar ocupado por el molar de la dentición definitiva. No refiere dolor ni otras molestias en forma espontánea. En base a la exploración clínica se la practica una panorámica en la que aparece en el maxilar inferior izquierdo una cavidad radiolúcida con un diente en su interior.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. Granuloma de células gigantes
2. Tumor odontogénico adenomatoide
3. Quiste folicular
4. Carcicoma escamoso

La paciente presenta una imagen quística con un diente incluido por lo que el granuloma de células gigantes se puede descartar y el carcinoma escamoso también aparte de no presentar esta imagen radiológica. Sólo quedan los diagnósticos de tumor odontogénico adenomatoide y quiste folicular. Clínica y radiológicamente ambos son correctos pues dan la misma imagen. El odontogénico adenomatoide es más frecuente a nivel de canino superior y en mujeres de 16-18 años de edad.

El tratamiento en ambos debe ser siempre el legrado conservador pues no recidiva teniendo cuidado en este caso con la basilar para no provocar una fractura.

Se practica cirugía con legrado conservador y la anatomía patológica señala quiste folicular con nidos ameloblásticos en la pared del quiste, aunque la extirpación ha sido completa.

¿Que sugiere el problema ahora?

1. Dar de alta definitiva a la paciente
2. Revisarla cada 6 meses con radiografías panorámicas
3. Completar el tratamiento con radioterapia

Lo correcto es practicar las revisiones cada 6 meses con una panorámica de exploración clínica pues los nidos ameloblásticos de la pared quística podrían provocar en el futuro un ameloblastoma. El legrado completo que señala el patólogo es muy importante aunque no obstante es necesario revisar al paciente frecuentemente para evitar la complicación del ameloblastoma. (Figs. 2 y 3).

Sin embargo se podría discutir si se trata de un tumor odontogénico adenomatoide con nidos ameloblásticos en la pared o bien un ameloblastoma unilocular de baja agresividad.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Quiste folicular.

4.5 Quiste folicular

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



Fig. 1. Imagen del abombamiento de zona horizontal.



Fig. 2. Exploración radiográfica donde se observa imagen radiolúcida con un bicúspide en su interior.

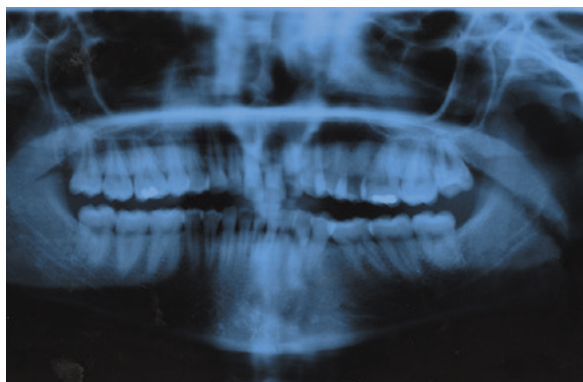


Fig. 3. Exploración radiográfica al año de la cirugía.

4.6 Odontoma complejo

Campo Trapero J., (1) Cano Sánchez J., (1) Aguirre Urizar J.M. (2)

(1) Departamento Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología. UCM.

(2) Departamento de Estomatología. Universidad del País Vasco. EHU. Unidad de Patología Oral y Maxilofacial.

HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN

Mujer de 26 años que acude a consulta en Junio 2004 por presentar tumoración de varios años de evolución en arcada inferior derecha (zona 4.6 y 4.7) que impide la erupción del 4.6 y ha provocado la mesialización del 4.7. El 4.8 se encuentra incluido. No presenta en la anamnesis ningún dato de interés y la paciente fuma 3 cig/d. Radiológicamente se observa lesión mixta predominantemente radiopaca de 1 -1,5 cm de diámetro. Se solicita scanner de la zona para evaluar pauta a seguir (Figs 1a-1b).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Lesión fibroósea (fibroma osificante)
- Tumor odontogénico (odontoma, tumor odontogénico adenomatoide, otro..)

TRATAMIENTO

Se realiza la exéresis quirúrgica bajo anestesia local de la lesión para estudio histológico (Fig 2a-2b), así como el 4.7 y 4.8 que también son extraídos. Se decide dejar el 4.6 e intentar realizar tracción ortodóncica del mismo, por lo que en el momento de intervención se le coloca un bracket y una cadeneta.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

El estudio histopatológico reveló una lesión quística con inflamación aguda y crónica compatible con cubierta expuesta de lesión odontogénica (odontoma...)(Fig 3a-3b). El estudio de partes duras decalcificadas demuestra la presencia de masas irregulares de tejidos dentarios, dentina, esmalte y cemento, con espacios irregulares sugestivos de odontoma complejo.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Odontoma complejo

EVOLUCIÓN

En octubre 2004 se decidió la colocación de un microimplante en zona del 4.7 para conectar la cadeneta y realizar la tracción del 4.6. En marzo de 2005 se realiza Rx panorámica donde se observa la buena evolución de la tracción.

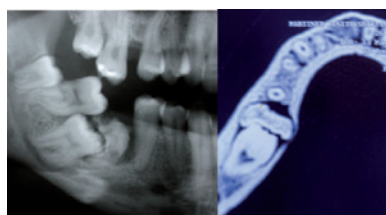


Fig. 1. Radiografía periapical donde se observa lesión mixta impactada en zona 4.6 (1a). Scanner de mandíbula en zona de tumoración (1b).

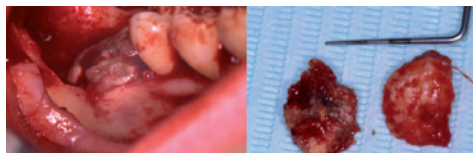


Fig. 2. Visión intraoperatoria de lesión (2a) y fragmentos extirpados de la lesión tumoral de coloración pardo oscura (2b).

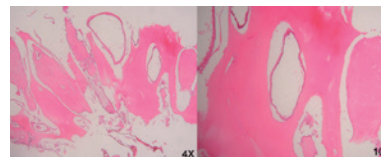


Fig. 3. Imagen histológica a 4x (3a) y a mayor aumento 10x (3b).

4.7 Osteocondroma

Lobos James-Freyre N., (1) Concha Sánchez G. (2)

(1) Profesor Titular Facultad de Odontología Universidad de Chile.

(2) Profesor Asistente Hospital Clínico Universidad de Chile.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de sexo masculino, de 52 años que consulta por aumento de volumen en el borde inferior de la mandíbula que lo habría notado hace 2 años y que habría crecido lentamente. No recuerda antecedentes traumáticos y no le produce dolor. Sería de presentación única. Sin antecedentes generales de importancia relacionados con la lesión.

EXPLORACIÓN

Aumento de volumen que mide aproximadamente 2 cm., localizado en la parte anterior del borde basilar de la mandíbula, recubierto por piel normal, de forma redondeada, que hace cuerpo con el hueso, de consistencia dura y que no produce dolor al examinarlo. (Fig. 1).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Osteoma Solitario Periostal. (Neoplasia benigna compuesta de hueso maduro).
- Exostosis. Hiperplasia ósea asociada a traumas (cuando el término se aplica a la patología de los maxilares).
- Osteoblastoma. (Neoplasia benigna del tejido óseo muy rara en los maxilares. Histológicamente formado por osteoide y tejido fibroso).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Radiología. El examen radiográfico demuestra la presencia de masa de forma nodular de aproximadamente 15 mm ubicada inmediatamente por debajo de la base mandibular. Su densidad es semejante a la del tejido óseo esponjoso rodeado por una delgada cortical. (Fig. 2).

BIOPSIA

Tumor formado por 3 capas: pericondrio, cartílago y hueso. La más superficial es el pericondrio que se continúa con el periostio del hueso subyacente. (Fig. 3).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Osteocondroma: El Osteocondroma es una neoplasia benigna, muy frecuente en los huesos largos que (45% de los tumores benignos y 12% del total) se desarrollan a partir de osificación endocondral, puede aparecer solitario o formando parte de un Síndrome autosómico dominante denominado Osteocondromatosis.

En los huesos maxilares son muy raros y casi siempre únicos y su ubicación puede ser en la apófisis coronoides o el cóndilo y provocar asimetría mandibular, maloclusión y dolor intermitente en la ATM.

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

Aspecto clínico de la lesión (única indolora)/ tiempo de evolución de la lesión (tiempo de evolución largo)/ imagen radiológica (patognomónica).

4.7 Osteocondroma

Lobos James-Freyre N., (1) Concha Sánchez G. (2)

(1) Profesor Titular Facultad de Odontología Universidad de Chile.

(2) Profesor Asistente Hospital Clínico Universidad de Chile.



Fig. 1. Imagen clínica.

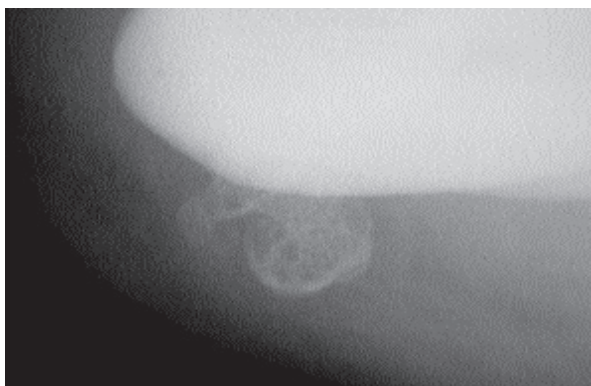


Fig. 2. Imagen radiográfica.

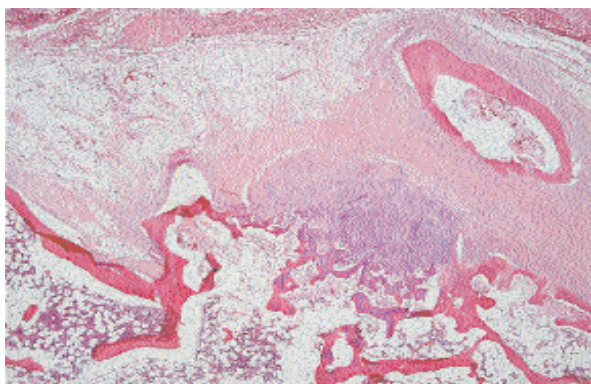


Fig. 3. Imagen clínica histológica.

4.8 Condrosarcoma mandibular

Lucas-Tomás M (1), de Lucas González M (1), Santos N (1), de Lucas I (1).

(1)Clínica Lucas-Tomás Madrid.

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 22 años que acude a consulta para una revisión rutinaria.

No existe ningún síntoma.

EXPLORACIÓN

La exploración clínica es negativa. No hay abombamiento de tablas óseas ni tumoración. Sensibilidad dental respetada. No se observa desplazamiento dentario.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Osteosarcoma, displasia fibrosa

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La exploración radiológica rutinaria muestra una imagen de radiotransparencia en zona interradicular de incisivos inferiores. La radiolucidez es difusa y homogénea sin límites netos condensantes. No obstante, en el interior se puede ver un conjunto de líneas que remedan formación en panel o reticulada. Ligero ensanchamiento del ligamento periodontal en incisivos inferiores izquierdos que debe ser considerado como artefacto. (Fig. 1).

Se realiza biopsia. El resultado de la anatomía patológica muestra estructura monomorfa de células pequeñas de extirpe cartilaginosa. Existe una constante de anaplasia celular y moderada, dentro de un estroma denso y poco vascularizado. (Fig. 2).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Condrosarcoma.

CLAVES DIAGNÓSTICO

Imagen radiográfica accidental, biopsia.

La intervención resulta eficaz, revisándose con éxito a los 8 años de evolución.

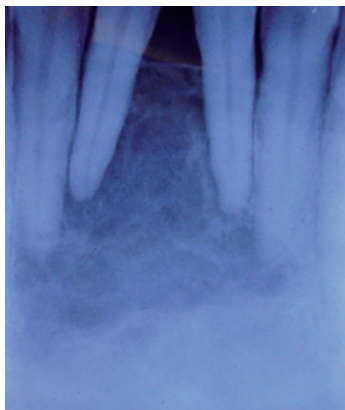


Fig. 1. Radiografía periapical en la que se observa radiolucidez difusa sin límites netos condensantes. En el interior se puede ver un conjunto de líneas que remedan formación en panel o reticulada.

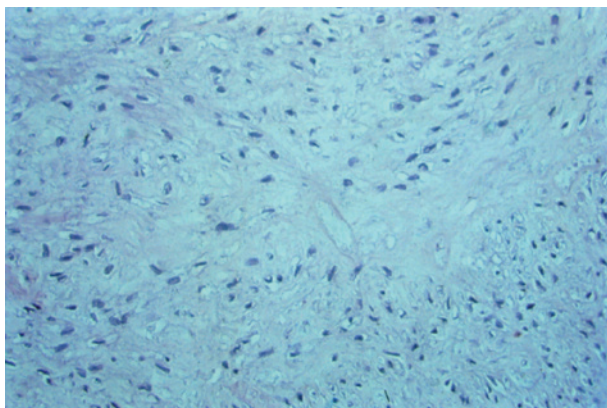


Fig. 2. Histopatología.

4.9 Ameloblastoma en maxilar

Lucas-Tomás M (1), de Lucas González M (1), Santos N (1), de Lucas I (1).

(1) Clínica Lucas-Tomás Madrid.

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 27 años que acude a consulta para una revisión rutinaria.

No presenta ningún síntoma.

EXPLORACIÓN

La exploración clínica es negativa. No hay signos de abombamiento de tablas externas ni internas. Los dientes están vitales y no hay movilidad ni desplazamiento. No se acompaña de lesiones óseas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Quiste nasopalatino, absceso periapical.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La exploración radiográfica mediante una radiografía periapical de la zona anterior del maxilar superior .Se observa una imagen radiolúcida central, homogénea, rodeada de cierta línea de condensación periférica. No existe lisis de las raíces dentarias. (Fig. 1).

Se realiza biopsia incisional, el resultado de la anatomía patológica muestra una estructura de naturaleza epitelial distribuida fuertemente en empalizada. Organización y polarización regular. Células epiteliales que recuerdan naturaleza amelobástica, maduras y sin atipias. (Fig. 2).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Ameloblastoma.

CLAVES DIAGNÓSTICO

Imagen radiográfica accidental, biopsia.

La extirpación quirúrgica resulta eficaz, revisándose con éxito a los 10 años de evolución.

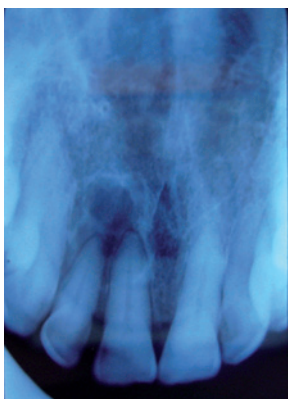


Fig. 1. Radiografía periapical en la que se observa una imagen radiolúcida.

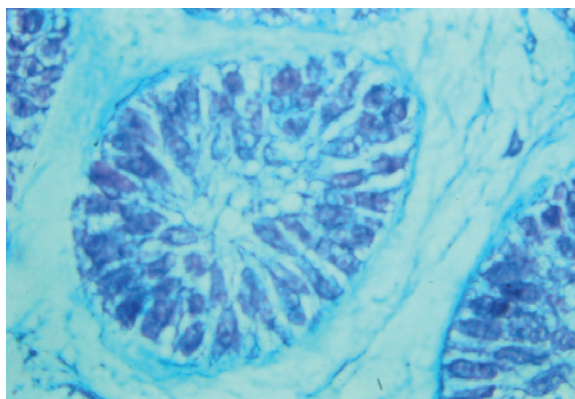


Fig. 2. Imagen histopatológica.

4.10 Displasia fibrosa

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

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 21 años que acude a consulta por notarse asimetría facial desde hace 3 años, asintomática, que acusa más en los últimos meses. Menarquia a los 13 años. Ritmo de crecimiento normal: 171 cm y 57 Kg. Sin antecedentes clínicos de interés personales y familiares

EXPLORACIÓN

A la exploración extraoral se observa asimetría por crecimiento del pómulo izquierdo y discreta desviación nasal a la derecha. El aspecto de la piel y la sensibilidad de la zona son normales. La mímica y los movimientos de apertura y cierre se realizan con total normalidad. (Fig. 1). A la exploración intraoral se observa discreta melanoplaquia constitucional. No existe patología dentaria y la coloración de la mucosa oral es normal. A la palpación existe abombamiento del maxilar izquierdo. (Fig. 2).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Displasia fibrosa
Fibroma osificante
Fibroma cementificante
Enfermedad de Paget

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS-TRATAMIENTO

Se solicitó una ortopantomografía, se realizó un TC maxilar y se tomó una biopsia. El TC maxilar mostró formaciones radiopacas en el maxilar izquierdo, que se situaban fundamentalmente hacia vestibular de los dientes 25-26-27-28 y ocupaban el seno maxilar izquierdo. (Figs. 3 y 4). La histología mostró un aspecto de tejido conjuntivo fibroso celular con islotes de forma irregular de osteoide y hueso. (Fig. 5).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Displasia fibrosa

CLAVES DEL CASO

La displasia fibrosa puede pasar inadvertida ya que es una lesión asintomática y sólo en casos avanzados se puede observar una ligera asimetría. El maxilar superior se afecta con mayor frecuencia. A veces los dientes pueden estar desplazados, rotados o mal alineados. Estas lesiones sólo se tratan cuando son inaceptables estéticamente o interfieren con la visión, la respiración, la masticación o el habla. Es importante tomar biopsias de las lesiones para diferenciarla de otras entidades de aspecto clínico y radiológico similar. La mayoría de las lesiones de displasia fibrosa no necesitan tratamiento y si se realiza hay que esperar a que el paciente alcance la edad adulta.

4.10 Displasia fibrosa

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



Fig. 1. Asimetría pómulo izquierdo.



Fig. 2. Abombamiento del maxilar izquierdo.

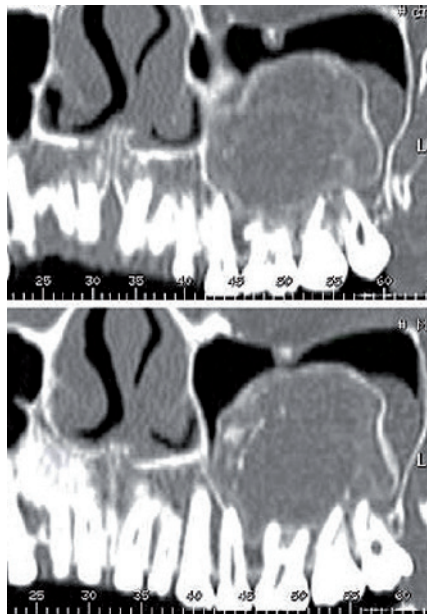


Fig. 3. Lesión radiopaca que ocupa el seno maxilar izquierdo.

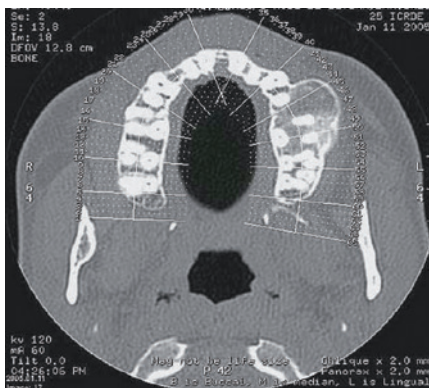


Fig. 4. Lesión radiopaca que ocupa la zona vestibular de los dientes 25 y 26.

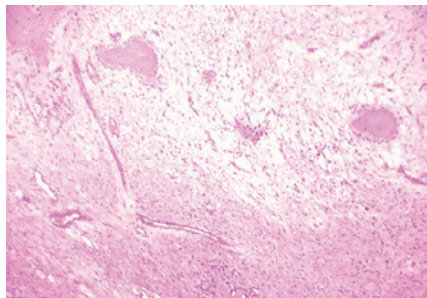


Fig. 5. Tejido conjuntivo fibroso celular con islotes de forma irregular de osteoide y hueso.

4.11 Osteorradionecrosis

Vicente Barrero M. (1) (2), Knezevic M. (2)

(1) *Facultativo Especialista de Área.*

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

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 66 años intervenido hace 3 con el diagnóstico de carcinoma azul de células escamosas (COCE) de borde derecho de lengua. Se le practicó tumorectomía, vaciamiento radial reglado derecho y radioterapia (60 Gy).

Acude en este momento por presentar una úlcera bucal que comunica con el exterior a nivel paramandibular derecho (Fig. 1).

EXPLORACIÓN

Solución de continuidad en mucosa bucal y piel, con exposición ósea. No hay hemorragia. No dolor. No adenopatías acompañantes.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Recidiva del COCE.

Fistulización de un proceso infeccioso.

Osteorradionecrosis.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la ortopantomografía (Fig. 2) se apreció fractura patológica en el cuerpo mandibular. La biopsia fue negativa para malignidad. La gammagrafía (fig. 3) informó de la existencia de un foco de osteomielitis mandibular.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Osteorradionecrosis.

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

Aspecto clínico de la lesión. Antecedentes de radioterapia. Biopsia negativa. Gammagrafía.



Fig. 1. Afectación de tejidos blandos y duros, que hizo sospechar la recidiva de carcinoma de células escamosas.



Fig. 2. Ortopantomografía, donde se aprecia la fractura patológica.

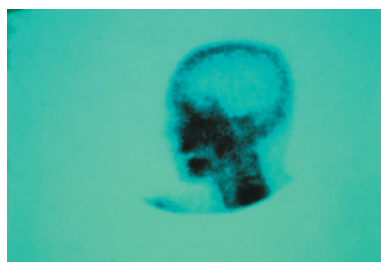


Fig. 3. Gammagrafía con un foco de osteomielitis.

4.12 Osteonecrosis por bifosfonatos

Requeni Bernal J., Silvestre-Donat F. J.
Departamento de Estomatología. Hospital Universitario. Dr. Peset, Valencia

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 80 años de edad que fue remitido por presentar una ulceración en hueso alveolar superior. El paciente comentó que desde hacía más de un año notaba una pequeña ulceración en la zona del canino superior derecho tras su extracción, no cicatrizando y que fue aumentando. Al principio le llegó a molestar mucho pero con tratamiento antibiótico mejoró. Así mismo, refería antecedentes de hepatopatía crónica secundaria a una infección por VHC y mieloma múltiple del que fue tratado con quimioterapia. No tenía antecedente de radioterapia y estaba siendo tratado desde hacía un año con ácido zoledrónico por unas posibles metástasis óseas a nivel de vértebras lumbares.

EXPLORACIÓN

A la exploración física se apreciaba una gran exposición de hueso maxilar necrótico que abarcaba toda el área antero-superior del proceso alveolar maxilar edentulo. Se podían observar en las zonas de necrosis ósea los tabiques interalveolares de los dientes que le fueron extraídos (Fig 1).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Osteorradionecrosis. Se puede producir áreas de necrosis en huesos maxilares por infecciones micóticas, herpes zoster, traumas o en la sialometaplasia necrotizante.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se solicitó una analítica completa siendo las cifras normales salvo en la bioquímica, las enzimas hepáticas (transaminasas) que estaban algo elevadas, así como la gamma GT.

En la tomografía computarizada (TC) se observan áreas de necrosis y destrucción ósea en toda la zona anterior del maxilar superior (Fig 3).

Se tomo una biopsia escisional en el hueso afectado mostrando histopatológicamente espículas de hueso necrótico, acelular con necrosis del estroma intertrabecular. No había infiltrado inflamatorio acompañante (Fig 2).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Osteonecrosis de maxilar superior por bifosfonatos.

CLAVES DIAGNÓSTICO

Aspecto clínico, antecedentes, biopsia, TAC.



Fig. 1. Aspecto clínico de la lesión con necrosis ósea.

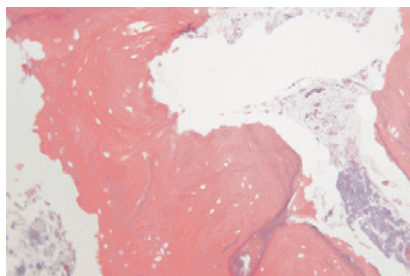


Fig. 2. Histopatología espicular de hueso necrótico acelular con necrosis del estroma intertrabecular.

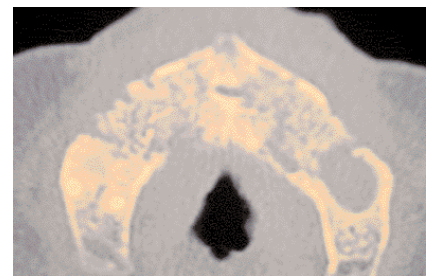


Fig. 3. T.C. en la que se observa áreas de necrosis y destrucción ósea.

4.13 Periostitis mandibular aguda

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

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 23 años que acude a la consulta por presentar un crecimiento en la zona vestibular del 3.7 de 1 mes de evolución. Tres meses antes se realizó la extracción del 3.8. (Fig. 1). No refiere ningún antecedente más de interés.

EXPLORACIÓN

A la palpación es dura y levemente dolorosa. Tiene un tamaño aproximado de 3X2 cm. Se palpa en la tabla vestibular a la altura del diente 37. Tres meses antes fue extraído el diente 38.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Osteitis
- Periostitis
- Quiste residual

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la RX panorámica no se observan cambios, en la RX periapical tampoco, pero en la TC se aprecia una imagen de 2mm de diámetro junto a tabla ósea a nivel de distal de 37. (Fig. 2). Se procede a la extracción de este cuerpo extraño encontrándose que corresponde a un fragmento dentario situado entre el hueso y el periostio. (Fig. 3).

DEFINITIVO

En base a estos hallazgos llegamos al diagnóstico de Periostitis aguda, secundaria a la inclusión de un resto dentario entre hueso y periostio.

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

La inflamación del periostio no es infrecuente tras una intervención quirúrgica odontológica. El grado de inflamación que se produce está en relación directa con la causa que provocó la intervención y con el manejo quirúrgico de los tejidos blandos. Por lo que en muchas ocasiones se puede prever la aparición de esta complicación. La manifestación más frecuente es una forma crónica o subaguda que produce una reacción con presencia de inflamación. Esta reacción consiste en la formación de capas de hueso vital reactivo que se disponen de forma paralela a la superficie del hueso alterado. Esta reacción se produce normalmente de forma secundaria a un proceso inflamatorio periapical. En otras ocasiones puede deberse a una enfermedad maligna.



Fig. 1. Tumoración en vestibular de diente 37, dura a la palpación, levemente dolorosa.

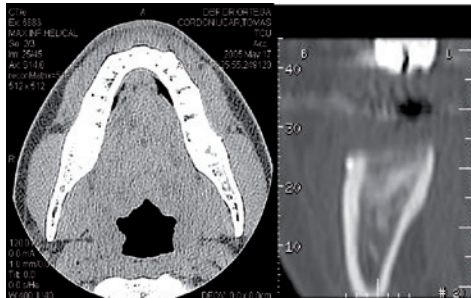


Fig. 2. En el TC se observa un cuerpo extraño en la tabla ósea vestibular.

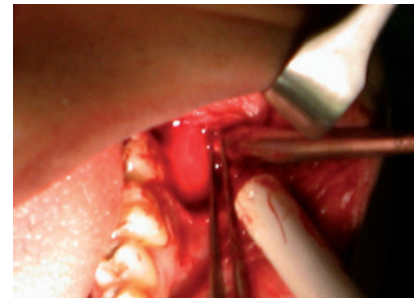


Fig. 3. Localización del fragmento dentario y extracción.

4.14 Dentinogénesis imperfecta

Chimenos Küstner E.
Facultad de Odontología, Universidad de Barcelona

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer, de 37 años de edad, con los dientes oscuros y frágiles, que dificultan cualquier tratamiento odontológico conservador. Acude preocupada, porque su hijo, de 16 meses, presenta un aspecto parecido en la dentición decidua. Al menos en las dos generaciones anteriores a la de la paciente ya se presentaba esta patología (Figs. 1 y 2).

EXPLORACIÓN

Todos los dientes de la paciente son de color oscuro. El esmalte es delgado y frágil y la dentina de color marrón verdoso (Fig. 1). Ha perdido los molares 1.6, 2.6 y 3.7. El color de sus escleróticas es levemente azulado.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dentinogénesis imperfecta.
Osteogénesis imperfecta asociada.
Tinción por tetraciclina.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Ortopantomografía, en la que se observan imágenes radiolúcidas periapicales en 3.6, 4.6 y 4.7, asociadas a tratamientos odontológicos previos. También se observan unas formas dentarias anómalas, con raíces desproporcionadamente pequeñas para el tamaño de las coronas (Fig. 3).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Dentinogénesis imperfecta. No refiere alteraciones esqueléticas óseas, que pudieran hacer pensar en osteogénesis imperfecta concomitante, si bien debe tenerse en consideración.

CLAVES DIAGNÓSTICO

Herencia. Color dentario. Fragilidad del esmalte. Alteración del tamaño radicular. Escleróticas azuladas.



Fig. 1. Aspecto general de la boca de la paciente.

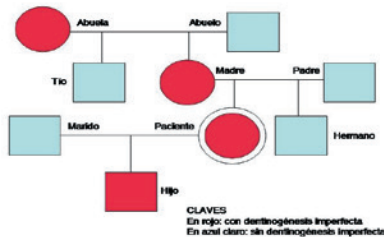


Fig. 2. Genealogía de la alteración referida.



Fig. 3. Ortopantomografía de la paciente.

4.15 Artrosis temporomandibular.

Jiménez Emilio L., (1) Paz Expósito, J. (2)

(1) Unidad de RM

(2) Jefe de Servicio UGC Diagnóstico por la Imagen Hospital Juan Ramón Jiménez Huelva

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 28 años de edad sin antecedentes de interés que desde hace 20 días refiere dolor intenso en articulación temporomandibular izquierda, con inflamación de la región subauricular sin limitación de la apertura bucal. No presenta otros antecedentes personales o familiares de interés ni refiere molestias en dicha zona anteriormente. No responde a automedicación antiinflamatoria.

La paciente es remitida a nuestra Unidad de Resonancia Magnética por sospecha de disfunción articular.

EXPLORACIÓN

Tumefacción en hemicara izquierda, dura y dolorosa a la palpación, sin alteraciones en la coloración cutánea ni claras masas. No adenomegalias laterocervicales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Osteoartritis, artritis inflamatoria o infecciosa, disfunción temporomandibular por patología meniscal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Resonancia magnética.

La RM se realiza en plano transversal en secuencias ponderadas en T1, en plano coronal en T1 y T2 así como en plano sagital en T1 y T2 eco de gradiente. Por último se realizó un estudio dinámico del cóndilo mandibular izquierdo de distintos grados de apertura bucal (0°, 30°, 60° y 90°).

El hallazgo a destacar era la presencia de una pérdida de la morfología redondeada de la cabeza o cóndilo mandibular izquierdo donde se objetivaba la presencia de osteofitos así como un derrame articular todo ello de carácter degenerativo.

También se visualizaba un edema óseo, probablemente por sobrecarga, de dicho cóndilo mandibular que traducía actividad del proceso.

En estudios dinámicos no se observaban incongruencias articulares que tradujeran la presencia de una disfunción ni alteraciones en la morfología y señal meniscal.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Osteoartritis de la articulación temporomandibular.

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

La alta sensibilidad y especificidad de la RM para la valoración de la patología articular mandibular dada su gran resolución espacial y de contraste.

4.15 Artrosis temporomandibular.

Jiménez Emilio L., (1) Paz Expósito, J. (2)

(1) Unidad de RM

(2) Jefe de Servicio UGC Diagnóstico por la Imagen Hospital Juan Ramón Jiménez Huelva



Fig. 1. RM en plano axial T1 a la altura de los cóndilos mandibulares. Se pone de manifiesto la pérdida de la señal grasa normal del cóndilo mandibular izquierdo con derrame articular que se manifiesta hipointenso.

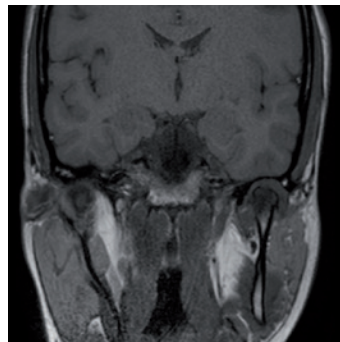


Fig. 2. RM en plano coronal T1 de ramas verticales mandibulares. Se objetiva con mayor claridad la hipointensidad del cóndilo mandibular izquierdo y el derrame articular así como una deformación de la superficie articular y osteofitos.

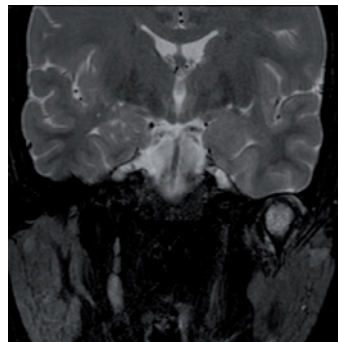


Fig. 3. RM en plano coronal T2 de ramas verticales mandibulares. La secuencia T2 pone claramente de manifiesto el edema óseo (hiperintensidad) del cóndilo así como la alta señal del líquido articular.

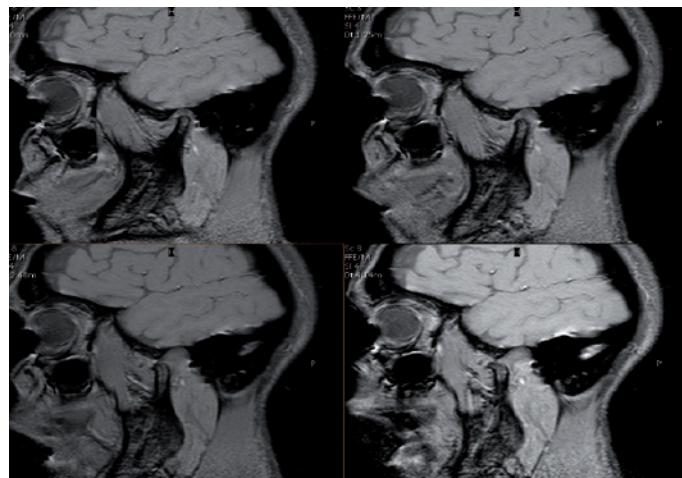


Fig. 4. RM en plano sagital potenciada en T1 eco de gradiente en distintos grados de apertura bucal (0°, 30°, 60° y 90°). Se visualiza una buena congruencia articular sin limitaciones en el desplazamiento anterior del cóndilo y con un menisco sin alteraciones intersticiales ni luxaciones.

4.16 Tumoración submaxilar: Fractura Mandibular

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 55 años de edad remitido desde su ambulatorio por presentar tumoración en zona submaxilar izquierda de 10 días de evolución. Ha estado en tratamiento antibiótico y antiinflamatorio, persistiendo el cuadro inflamatorio. Refiere dolor y dificultad a la masticación de los alimentos. Antecedentes de haber sufrido una agresión hace 20 días. No presenta patologías generales, ni alergias medicamentosas.

EXPLORACIÓN

A la exploración física se observa y palpa una tumoración dura, eritematosa y levemente dolorosa a nivel de zona submaxilar izquierda. (Fig.1). Intraoralmente presenta ausencia de molares inferiores izquierdos y leve lesión hipertrófica a nivel de segundo molar inferior izquierdo. (Fig. 2). El suelo de la boca y la zona lingual son normales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Lesión fistulosa de origen dentario
- Patología glandular

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realiza ortopantomografía apreciándose fractura mandibular izquierda con desplazamiento óseo (Fig. 3).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Fractura mandibular con desplazamiento óseo y lesión de partes blandas

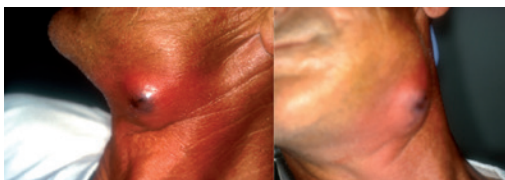


Fig. 1. Tumoración submaxilar izquierda.



Fig. 2. Exploración Intraoral.



Fig. 3. Ortopantomografía.



05

Manifestacion
es orales de
enfermedades
Sistémicas.
Otras lesiones

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.

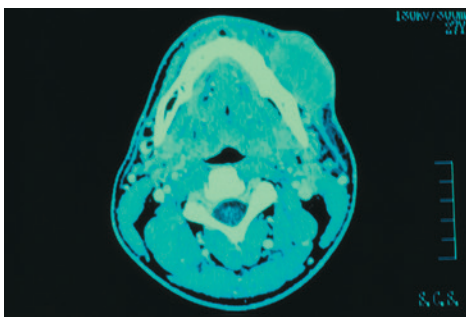


Fig. 3. Imagen radiológica donde se aprecia la lesión paramandibular.

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.

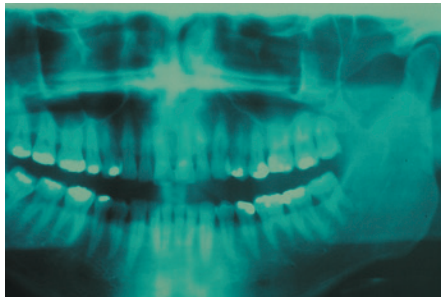


Fig. 2. Ortopantomografía, donde no se objetiva ningún hallazgo que justifique el cuadro clínico.

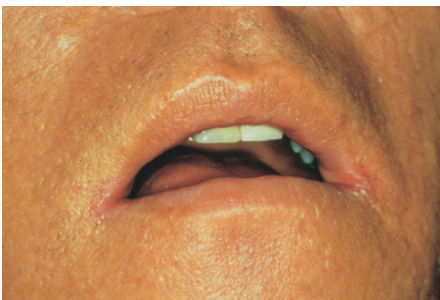


Fig. 3. El paciente refería queilitis comisural de varios meses de evolución.

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.

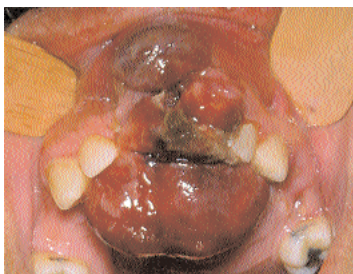


Fig. 1. Tumor sangrante que compromete paladar duro y reborde alveolar antero superior.



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

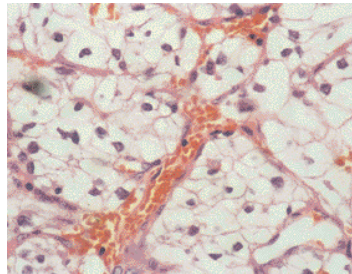


Fig. 3. Células de amplio citoplasma claro, núcleo bien teñido de tamaño uniforme, escaso pleomorfismo celular y nuclear, abundante vascularización.

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.

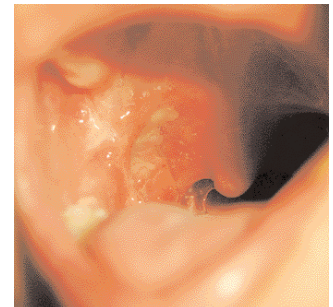


Fig. 3. Ulceración en la mucosa de la mejilla y región retromolar.

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)

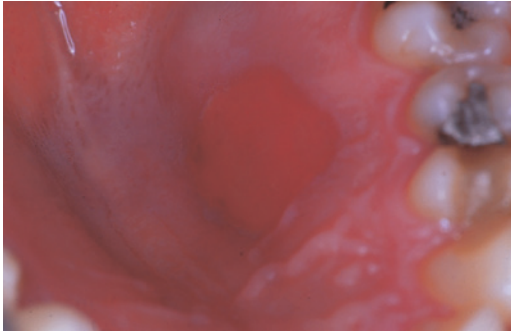


Fig. 1. Ampolla en región palatina.



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 angiomasica 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 angiomasica 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 angiomasica en hemiface y región frontotemporal izquierda.



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

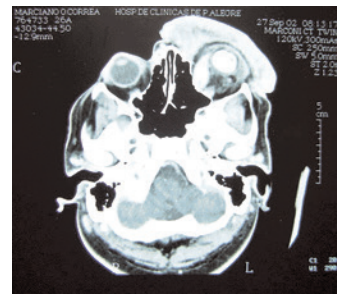


Fig. 3. Tomografía computadorizada de los maxilares.

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.

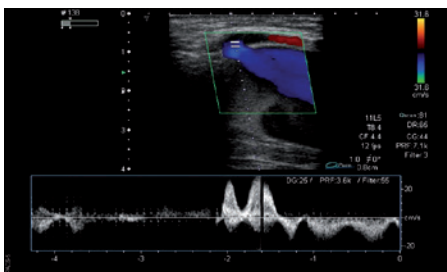


Fig. 1. Ecografía Doppler-duplex donde se observa una estructura quística con contenido ecogénico que se desplaza de forma turbulenta lentamente y una vena en comunicación que presenta flujo con onda de baja velocidad variable con la respiración.

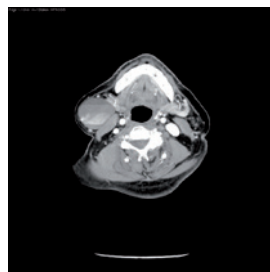


Fig. 2. Corte axial de TC en la primera fase tras la administración de contraste, donde se visualiza una estructura quística de 5 cm. diámetro máximo que se rellena parcialmente por contraste compatible con dilatación aneurismática venosa.

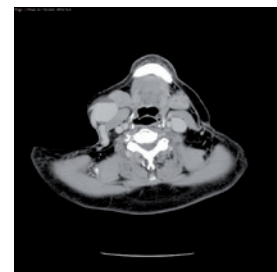


Fig. 3. La estructura se ha relleno por contraste en una fase más tardía, estableciéndose niveles líquido-contraste. El aneurisma comprime la yugular externa que está ectásica.



inspirin



Antonio Bascones