



**BUAP**

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Órgano de Divulgación Científico-Clínico de la Facultad de Estomatología, BUAP

Suplemento 21, 2022 Vol. 23 Oral 19991 (1)

ISSN 1665-143X

<http://www.oral.buap.mx>  
[www.imbiomed.com.mx](http://www.imbiomed.com.mx)

# ORAL<sub>2022</sub>

CIUDAD JUÁREZ



CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE  
PATOLOGÍA Y MEDICINA BUCAL COLEGIO. A.C

memorias

Indizada

- LATINDEX • PERIÓDICA • IMBIOMED • EBSCOHost MEDICLATINA
- FUENTE ACADÉMICA • DENTISTRY & ORAL SCIENCE SOURCE
- HELA ARBITRADA



# oral

Órgano de Divulgación Científico-Clinico  
de la Facultad de Estomatología  
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

## directorio

**DRA. MARÍA LILIA CEDILLO RAMÍREZ**  
Rector

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
**JOSÉ MANUEL ALONSO OROZCO**

Secretaria General

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
**M.C. FERNANDO DE JESÚS MARTÍNEZ ARRONIZ**  
Director

Facultad de Estomatología

**Mtro. ENRIQUE E. HUITZIL MUÑOZ**  
Director y Editor  
Revista Oral

Oral. Suplemento 21 2022 Vol. 23. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, con domicilio en 4 Sur 104, Col. Centro, C.P. 72000 Puebla, Pue., distribuida a través de la Facultad de Estomatología con domicilio en Avenida 31 Poniente No. 1304 Col. Volcanes, C.P. 72410 Puebla, Pue., Teléfono (52) (222) 229-5500 Ext. 6400 iconomania@gmail.com. Editor responsable Mtro. Enrique Edgardo Huitzil Muñoz. Reservas de Derechos al uso exclusivo 04-2001-011012021500-102, ISSN: 1665-143X, ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derechos de Autor. Con Número de Certificado de Licitud de Título y Contenido: 15025, otorgado por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. Impresa por Stampato Grupo Gráfico 15 Poniente No. 3502 Col. La Paz, Puebla, Pue., (52) (222) 379-6518, stampapue@gmail.com. Este número se terminó de imprimir el 25 de Septiembre de 2022 en publicación digital. Costo por ejemplar \$100.00 M.N. Incluida en los siguientes índices: LATINDEX, PERIÓDICA IMBIO MED EBSCOhost MEDICALATINA, FUENTE ACADÉMICA DENTISTRY & ORALSCIENCE SOURCE HELA.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Oral, es una publicación académica de difusión científica de las áreas disciplinarias de la estomatología, enfocada a investigación clínica, básica y docencia en la misma.

Los artículos publicados son arbitrados por pares académicos en su mayoría externos a la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, bajo la modalidad de doble ciego.

oral revista  
cuatrimestral

Derechos Reservados ©BUAP

## comité editorial internacional

**DR. RAFAEL SEGURA SAINT-GERONS**  
Doctor en Odontología  
Medicina Oral

**RAYMOND N. SUGIYAMA DDS., MS., INC.**  
Diplomate, American Board of Orthodontics

**PERRY V. HALUSHKA MD, Ph. D.**  
Dean of College of Graduate Studies  
College Dental Medicine. South Carolina University

**STEVEN D. LONDON DDS, Ph. D.**  
Associate Dean for Research and Basic Science th  
College of Dental Medicine  
State University of New York at Stony Brook

**JULIO ACERO MD, ,MD, Ph.D.**  
Associate Pr Chairman for training education  
Hospital universitario Gregorio Marañón  
Servicio de cirugía oral y maxilo facial

**DRA. ELSA VALDÉS MÁRQUEZ**  
Clinical Trials Service Unit & Epidemiological  
Studies Unit, CTSU, University of Oxford

**DRA. LAURA CAMACHO CASTRO**  
Associate Professor and Director of the Postdoctoral  
program in Pediatric Dentistry. Tufts University

**DR. GABRIEL MARIO FONSECA**  
Odontología Antropológica y Forense  
Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

**DR. PAULO ROGERIO FIGUEIREDO MAIA**  
Maxilofacial  
Instituto Superior de Ciências da Saúde-Egas Moniz, Portugal

**EDUARD FERRÉ PADRÓ**  
Implantología Oral

Universidad Internacional de Cataluña

**ANDREU PUIGDOLLERS PÉREZ, MD, DDS, MS, PhD.**  
Ortodoncia

Universidad Internacional de Cataluña

**MIGUEL ROIG CAYÓN**

Odontología restauradora

Universidad Internacional de Cataluña

**DR. ANTONIO MARINO E.**

Cirugía Maxilofacial

Universidad de Chile, Santiago de Chile

**D EN C MAIRA QUEVEDO PIÑA**

Radiología Oral y maxilofacial

Universidad de Carabobo, Venezuela

**RUBÉN OVADIA DDS, MS**

Periodoncia & Implantología

Práctica Privada

**NILLY BOROVOY DDS**

Pediatric Dentist. Assistant Professor

Department Of Pediatric Dentistry

Baylor College Of Dentistry.

manejo de conducta

## comité editorial nacional

**DR. FERMÍN GUERRERO DEL ÁNGEL**  
Periodoncia, U.A.T.

**C.D.E.PB. DAVID MARTÍN ROBLES ROMERO**  
Rehabilitación Oral y Oncología, U.A.N.

**Mtro. SALVADOR ARRÓNIZ PADILLA**  
Endoperiodontología, FES Iztacala UNAM

**DR. ADALBERTO ABEL MOSQUEDA TAYLOR**  
Medicina y Patología Oral, U.A.M, Xoxhimilco

**DRA. VELIA AYDEE RAMÍREZ AMADOR**  
Patología y Medicina Bucal, U.A.M.

**DR. JAVIER PORTILLA ROBERTSON**  
Patología Oral, U.N.A.M.

**DR. CÉSAR VILLALPANDO TREJO**  
Cirugía Bucal y Maxilofacial

**MAURICIO NAVARRO VILLALOBOS, PH. D.**  
Área Química & Biología. UA de Coahuila

## consejo editorial

**MTRA. MA. ESTHER VAILLARD JIMÉNEZ**  
Educación Superior

**MTRA. LUMINOSA SOBERANES DE LA FUENTE**  
Materiales Dentales

**DR. JOSÉ RAMÓN EGUIBAR**  
Dolor

**DR. ENRIQUE SOTO E.**  
Ciencias Fisiológicas

**Mtro. JAVIER VEGA GALINA**  
Ciencias Fisiológicas

**DR. J. ANTONIO YAÑEZ SANTOS**  
Ciencias Microbiológicas

**DR. JUAN MANUEL APARICIO RODRÍGUEZ**  
Genética

**Mtro. ALEJANDRO DIB KANAN**  
Estomatología Integral

**C.D. FERNANDO DE J. MARTÍNEZ ARRÓNIZ**  
Periodoncia

**C.D. ALEJANDRO IBARRA GUJARDO**  
Estomatología Pediátrica

**ESP. CLAUDIA GIL ORDUÑA**  
Estomatología Pediátrica Hospitalaria

**C.D. JOSÉ ARMANDO ARENAS MORÁN**  
Cirugía Bucal y Maxilofacial

**LIC. RICARDO VILLEGAS T.**  
Catalogación Temática

**ESP. ALFONSO ANDRADE RAMOS**  
Endodoncia

Responsable de Educación Continua: MPMB Samantha Rivera Macías.

Asesora en Lengua Extranjera: Verónica Huitzil Márquez Consejo de Redacción: C.D. Verónica Márquez Roa, Lic. Patricia de la Vía Arnaiz. Corresponsal en República Dominicana: Mtra. Susselis Amelia Ramirez Florentino Av. Abraham Lincoln, esquina Gustavo Mejía Ricart Torre Profesional Biltomer I. Sute 506 Santo Domingo Tel. 809.473.4094

oral 2022  
Suplemento 22, Vol. 23

# bienvenida

Estimados amigos y colegas:

Me complace darles la más cordial bienvenida a nuestro 11° Congreso de la Asociación Mexicana de Patología y Medicina Bucal, Colegio A.C. en esta ocasión nos es grato comunicarles que volvemos a un evento presencial, en coordinación con el Instituto de Ciencias Biomédicas de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Chihuahua.

La Asociación Mexicana de Patología y Medicina Bucal, Colegio A. C. fue fundada en el año 2011 en Querétaro, gracias al trabajo y entusiasmo de un grupo de jóvenes especialistas en Patología y Medicina Bucal que de manera incluyente convocaron a todos los especialistas del país, dejando de lado intereses personales, grupales e institucionales. Actualmente contamos con más de 80 agremiados.



Es de nuestro interés continuar con la organización de eventos académicos para seguir cumpliendo con nuestros objetivos principales, que son la superación académica de todos los agremiados y el reconocimiento de nuestra especialidad ante la sociedad y las autoridades de educación y salud de nuestro país.

Al igual que en todos los congresos previos, este evento contará con la participación de reconocidos especialistas de diferentes países, así como nacionales, quienes compartirán sus experiencias en conferencias magistrales y simposios, también contaremos con presentaciones orales, carteles y la ya tradicional sesión clínico-patológica.

Será un placer saludarles, siempre con el mismo aprecio fraterno.

Mayor CD. M. en C. Luis Edmundo Martínez Calixto  
Presidente AMPMB, Colegio 2021-2022

# directorío

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Mtro. Juan Ignacio Camargo Nassar  
**RECTOR**

Dr. Daniel Alberto Constandse Cortez  
**SECRETARIO GENERAL**

Mtro. Salvador David Nava Martínez  
**DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS**

Sergio Alonso Soltero Herrera  
**JEFE DE DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA**



# UACJ



Asociación Mexicana de Patología y Medicina Bucal,  
Colegio A.C.

Mayor C.D., M. EN C. Luis Edmundo Martínez Calixto  
**PRESIDENTE**

Dra. Beatriz C. Aldape Barrios  
**VICEPRESIDENTE**

Dr. Víctor Hugo Toral Rizo  
**SECRETARIO**

Dr. Miguel Padilla Rosas  
**TESORERO**



Consejo Mexicano de Patología y Medicina Bucal

Dra. María de la Luz Garza de la Garza  
**PRESIDENTE**

Dr. Fabián Ocampo Acosta  
**VICEPRESIDENTE**

Dr. Gilberto Guadalupe Uribe Ayala  
**SECRETARIO**

Dra. Esperanza Mercedes Lama González  
**TESORERO**



# contenido

XI CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA  
DE PATOLOGÍA Y MEDICINA BUCAL, COLEGIO, A.C

## presentación cartel

### caso clínico. licenciatura 13-23

- CCCL-01 LIQUEN PLANO ORAL: REPORTE DE UN CASO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON REACCIONES LIQUENOIDES
- CCCL-02 ÚLCERAS ORALES ASOCIADAS A METOTREXATO. REPORTE DE UN CASO
- CCCL-03 NEOPLASIA PIGMENTADA EN PALADAR DURO: REPORTE DE UN CASO DE NEVO AZUL Y LA IMPORTANCIA DE SU ABORDAJE DIAGNÓSTICO
- CCCL-04 QUISTE DE LA BIFURCACIÓN BUCAL MANDIBULAR: REPORTE DE UN CASO
- CCCL-05 QUISTE DENTÍGERO ASOCIADO A TERCER MOLAR: REPORTE DE CASO
- CCCL-06 LESIÓN CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES Y QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO, PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO SINCRÓNICO
- CCCL-07 NÓDULO LABIAL POR ÁCIDO HIALURÓNICO CON MÍNIMA REACCIÓN GRANULOMATOSA: REPORTE DE CASO
- CCCL-08 FIBROMA ODONTOGÉNICO PERIFÉRICO A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO
- CCCL-09 CONDROSARCOMA EN MANDÍBULA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO
- CCCL-10 OSTEONECROSIS DE LOS MAXILARES ASOCIADO A BIFOSFONATOS: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS
- CCCL-11 TUBERCULOSIS GANGLIONAR BILATERAL CERVICAL
- CCCL-12 FIBROMIXOMA ODONTOGÉNICO MAXILAR. REPORTE DE UN CASO
- CCCL-13 CARCINOMA ESCAMOCELULAR EN PACIENTE JOVEN, REPORTE DE CASO

- CCCL-14 MIXOMA ODONTOGÉNICO EN MAXILAR SUPERIOR
- CCCL-15 CORISTOMA (OSTEOCONDROLIPOMA) EN LENGUA EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO
- CCCL-16 NEURILEMOMA EN PACIENTE ADOLESCENTE. REPORTE DE UN CASO
- CCCL-17 MUCINOSIS ORAL FOCAL. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS
- CCCL-18 MIXOMA ODONTOGÉNICO: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA
- CCCL-19 TUMOR ODONTOGÉNICO ADENOMATOIDE. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO
- CCCL-20 CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS INTRAÓSEO: REPORTE DE CASO
- CCCL-21 TRATAMIENTO DE MALFORMACIÓN VASCULAR DE TIPO VENOSO EN MUCOSA YUGAL CON POLIDOCANOL. INFORME DE CASO CLÍNICO

### caso clínico. posgrado 24-26

- CCCP-01 PENFIGOIDE DE LAS MEMBRANAS MUCOSAS, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO
- CCCP-02 FIBROMA ODONTOGÉNICO CENTRAL, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA
- CCCP-03 AMELOBLASTOMA UNIQÜÍSTICO. REPORTE DE UN CASO
- CCCP-04 OSTEOMIELITIS CRÓNICA SUPURATIVA EN MAXILAR: REPORTE DE UN CASO
- CCCP-05 AMELOBLASTOMA PERIFÉRICO: REPORTE DE UN CASO
- CCCP-06 PACIENTE FUMADOR CON TUMORACIÓN EN EL PISO DE LA BOCA. REPORTE DE UNA CASO

# contenido

XI CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA  
DE PATOLOGÍA Y MEDICINA BUCAL, COLEGIO, A.C

caso clínico. libre

27-31

- CCCLB-01 OSTEOMIELITIS POR MUCORMICOSIS EN MAXILAR A PROPÓSITO DE CUATRO CASOS CLÍNICOS
- CCCLB-02 CARCINOMA AMELOBLÁSTICO PRIMARIO EXTRAÓSEO
- CCCLB-03 CARCINOMA NUT INTRAORAL. REPORTE DE UN CASO
- CCCLB-04 SÍNDROME VULVOVAGINAL-GINGIVAL ASOCIADO A LIQUEN PLANO, REPORTE DE CASO
- CCCLB-05 ULCERACIÓN Y NECROSIS GINGIVAL SEVERA POR IATROGENIA MEDICAMENTOSA CON ANTITIROIDEOS
- CCCLB-06 PAPILOMATOSIS BUCAL EN UNA ADOLESCENTE DIABÉTICA
- CCCLB-07 SÍNDROME DE SINOVITIS, ACNÉ, PUSTULOSIS, HIPEROSTOSIS Y OSTEÍTIS EN UNA PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
- CCCLB-08 DOS CASOS DE GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA SUBSECUENTE A PITIRIASIS EN ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1
- CCCLB-09 MIOFIBROMA EN ADOLESCENTE CON ÉNFASIS EN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS. REPORTE DE CASO

# contenido

XI CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA  
DE PATOLOGÍA Y MEDICINA BUCAL, COLEGIO, A.C

## presentación oral

### caso clínico. licenciatura **33-37**

---

- CCOL-01 RABDOMIOSARCOMA DEL ADULTO EN MUCOSA ORAL
- CCOL-02 LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS B GRANDES: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA
- CCOL-03 HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS, PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO
- CCOL-04 DISPLASIA CEMENTO ÓSEA FOCAL ATÍPICA. REPORTE DE UN CASO
- CCOL-05 PROTOCOLO DE MANEJO ODONTOLÓGICO EN DOS CASOS DE CARCINOMA SINUNASAL: PRE-POST TRATAMIENTO EN 1ER. NIVEL DE SALUD
- CCOL-06 PERINEUROMA ESCLEROSANTE EN CAVIDAD ORAL, REPORTE DE CASO
- CCOL-07 REPORTE ESTRUCTURADO "APLICACIÓN A UN CASO DE CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE LABIO"
- CCOL-08 TUMOR DENTINOGÉNICO DE CÉLULAS FANTASMA SEMEJANDO LESIÓN PERIAPICAL. REPORTE DE UN CASO
- CCOL-09 XANTOGRANULOMA JUVENIL, REPORTE DE CASO
- CCOP-03 ÚLCERA EN REBORDE ALVEOLAR SUPERIOR DE CRECIMIENTO RÁPIDO. REPORTE DE UN CASO
- CCOP-04 PACIENTE CON DEPALPITACIÓN LINGUAL Y EROSIONES EN MUCOSA DE REVESTIMIENTO
- CCOP-05 QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO ASOCIADO A PROCESO INFECCIOSO, RETO DIAGNÓSTICO
- CCOP-06 PACIENTE CON LESIÓN TUMORAL Y ÚLCERA INDURADA EN EL PALADAR. REPORTE DE UN CASO
- CCOP-07 NEUROMA CIRCUNSCRITO SOLITARIO DE LABIO SUPERIOR: REPORTE DE CASO
- CCOP-08 QUISTE ODONTOGÉNICO CALCIFICANTE ASOCIADO A ODONTOMA
- CCOP-09 OSTEOSARCOMA OSTEABLÁSTICO: REPORTE DE CASO
- CCOP-10 CARCIMONA VERRUGOSO BUCAL

### caso clínico. posgrado **38-42**

---

- CCOP-01 CORISTOMA ÓSEO EN MÚSCULO MASETERO. REPORTE DE CASO
- CCOP-02 CARCINOMA SECRETOR DE GLÁNDULAS SALIVALES EN PARÓTIDA. REPORTE DE CASO

# contenido

XI CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA  
DE PATOLOGÍA Y MEDICINA BUCAL, COLEGIO, A.C

## presentación cartel

45-47

- CINV-01 FRECUENCIA DE ALTERACIONES BUCALES EN NIÑOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
- CINV-02 ALTERACIONES BUCALES EN PACIENTES PREDIABÉTICOS. ESTUDIO COMPARATIVO CON PACIENTES CON GLICEMIA SALUDABLE
- CINV-03 PAPEL DEL RECEPTOR TIPO TOLL 2 SALIVAL EN DESARROLLO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PACIENTES DIABÉTICOS Y PREDIABÉTICOS
- CINV-04 ESTABLECIMIENTO DE UN MODELO DE ANGIOGÉNESIS EN VIVO A PARTIR DE HEMANGIOMAS CAPILARES LOBULARES ORALES (HCLO), RESULTADOS PRELIMINARES
- CINV-05 CONOCIMIENTOS DEL CÁNCER ORAL EN LA POBLACIÓN DE OAXACA

## presentación oral

48-49

- OINV-01 DIAGNÓSTICO Y NECESIDADES DE TRATAMIENTO BUCODENTAL EN UNA MUESTRA DE POBLACIÓN EN LA CIUDAD DE CAMPECHE, CAMPECHE
- OINV-02 ANÁLISIS INMUNOHISTOQUÍMICO DE MMP1, MMP2 Y MMP9 EN AMELOBLASTOMA CONVENCIONAL

# programa

HORARIO	MIÉRCOLES 28 septiembre	JUEVES 29 septiembre	VIERNES 30 septiembre	SÁBADO 1 octubre
9:00	SEMINARIO DE PATOLOGÍA VIRTUAL	Ingreso a sala <b>INAUGURACIÓN</b> (9.00-9:30)	<b>Dr. Ionnis Koutlas</b> (USA) Syndromes of the head and neck with associated histopathology	<b>SESIÓN AMPMB</b> <b>Dr. Luis Edmundo Martínez Calixto</b> (MEX) Casos clínicos de cabella y cuello
10:00		<b>Dr. Alejandro Hernández Cárdenas</b> (MEX) Rehidratación de cadáveres para reconocimiento forense	<b>Dr. Marcio A. Lopes</b> (BRA) Leucoplasia verrucosa proliferativa	<b>SESIÓN CMF</b> <b>CMF Jesús Oscar Reyes Escalera</b> (MEX) El papel del CMF en la patología de los maxilares
11:00		RECESO (11:00-11:20)	RECESO (11:00-11:20)	RECESO (11:00-11:20)
12:00		<b>Dr. Marcio A. Lopes</b> (BRA) Lesiones malignas adyacentes a implantes dentales	<b>Dr. Ionnis Koutlas</b> (USA) 2022 WHO Classification of salivary glands neoplasms and some new entities	<b>CONFERENCIA CLÍNICO-PATOLÓGICA</b>
13:00		<b>Dra. Sandra Y. Reyes Gómez</b> (MEX) Retos diagnósticos en patología de cabeza y cuello	<b>SESIÓN FEDPATMEX</b> <b>Dra. Lidia Faridi Villegas González</b> (MEX) Sistema Milán para el reporte citopatológico de glándulas salivales	
			COMIDA (14:00-16:00)	COMIDA (14:00-16:00)
16:00	SEMINARIO DE PATOLOGÍA VIRTUAL	PRESENTACIÓN CARTELES	Presentación Oral Casos Clínicos <b>LICENCIATURA</b>	PRESENTACIÓN CARTELES
17:00			Presentación Oral Casos Clínicos <b>POGRADO</b>	
		<b>Asamblea COMPYMB</b> (18:15-19:30)	<b>Asamblea AMPMB-Colegio</b> (18:15-19:30)	
		<b>Rompehielo Fiesta Inn</b> (20:00-22:00)	<b>Cena de convivencia</b> (20:00-22:00)	



# caso clínico



resúmenes



# CASO CLÍNICO

## LICENCIATURA

CCCL-01

### LIQUEN PLANO ORAL: REPORTE DE UN CASO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON REACCIONES LIQUENOIDES

Alan Alvarado Olivas; José David Díaz Aray; Iris Azalea Pérez De León.  
Licenciatura en Cirujano Dentista, Departamento de Estomatología  
Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

**INTRODUCCIÓN:** El liquen plano oral y las reacciones liquenoides son un grupo de entidades con patrones similares provocadas por autoantígenos o antígenos extrínsecos. El liquen plano oral es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta las membranas mucosas de la boca, sus manifestaciones más características son estrías blancas reticulares, también se pueden observar erosiones y úlceras que se asocian con dolor. La terapia consiste en la administración de corticosteroides tópicos o sistémicos. Las reacciones liquenoides son las respuestas de la mucosa oral hacia medicamentos o aleaciones metálicas usadas para las restauraciones dentales. Al retirar el factor causal las lesiones desaparecen, en el caso del liquen oral, el retiro de estos materiales no afecta en su resolución.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Se recibe biopsia de paciente femenino de 48 años referida como erosión gingival de >2 meses de evolución, el diagnóstico emitido fue de mucositis crónica con reacción inflamatoria en patrón liquenoide. Se solicitó al periodoncista tratante una cita con la paciente para realizar historia clínica y descartar una reacción liquenoide, así como una exploración oral en donde se observaron múltiples estrías blancas en patrón reticular en mucosa yugal bilateral y una zona erosiva en encía. Debido a la ausencia de factores detonantes se descartó reacción liquenoide y con la correlación clínicopatológica se emitió diagnóstico de liquen plano. Se comenzó manejo con corticosteroides tópicos para aliviar sintomatología y se dio cita de seguimiento.

**DISCUSIÓN:** Las lesiones orales liquenoides a menudo presentan características clínicas e histopatológicas similares, se requiere de una evaluación clínica completa y dirigida e incluso inmunofluorescencia indirecta o el ensayo de ELISA para emitir un diagnóstico.

**CONCLUSIÓN:** La detección de anomalías en la cavidad oral, la toma de biopsias y la referencia a patólogos bucales permite el diagnóstico y tratamiento de los pacientes en el consultorio dental.

CCCL-02

### ÚLCERAS ORALES ASOCIADAS A METOTREXATO. REPORTE DE UN CASO

Adriana Lira Cortés; Daniela Muela Campos; Alexis Álvarez Ramírez; Ángel Gustavo Bernal Treviño.  
Laboratorio de Patología y Medicina Bucal  
Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Chihuahua

**INTRODUCCIÓN:** El metotrexato es un antimetabolito del ácido fólico y es utilizado como agente quimioterapéutico o para el tratamiento de enfermedades autoinmunes. Las úlceras por metotrexato son un efecto adverso de este medicamento asociado a la dosificación o inadecuada suplementación de folato. El diagnóstico puede ser realizado clínicamente. Es imprescindible la interconsulta con el médico tratante para ajuste de la dosis.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Femenino de 66 años acude al servicio de Patología y Medicina Bucal refiriendo "lesiones dolorosas en labio" desde hace cuatro meses, multitratada con antibióticos, antivirales y antimicóticos. Antecedentes patológicos de hipertensión arterial, artritis reumatoide y diabetes tipo I. A la exploración clínica se observa úlcera superficial en mucosa labial inferior de un centímetro de diámetro, cubierta de fibrina. Las características clínicas no corresponden con procesos infecciosos o neoplásicos y se asocia con el inicio de metotrexato indicado por su reumatólogo y la inadecuada toma de ácido fólico. Se indica interconsulta con su médico para modificar la dosis del medicamento, estricto uso del ácido fólico y corticosteroides tópicos por siete días. Se identificó mejoría

respecto a la sintomatología y resolución completa con la modificación de la dosis de metotrexato.

**DISCUSIÓN:** El efecto adverso del metotrexato se manifiesta en tejidos de rápida renovación tisular, siendo la cavidad oral uno de los sitios más afectados con la presentación de úlceras, las cuales se pueden desarrollar por alta exposición o susceptibilidad al fármaco sumado de deficiente suplementación de ácido fólico. El odontólogo tratante deberá estar alerta al diagnóstico clínico de las mismas, para instaurar rápidamente terapias que disminuyan la sintomatología y la aparición de complicaciones.

**CONCLUSIONES:** Las úlceras orales causadas por metotrexato están siendo cada vez más frecuentes en la consulta odontológica, es importante realizar oportunamente el diagnóstico y la interconsulta con el médico.

## CCCL-03

### NEOPLASIA PIGMENTADA EN PALADAR DURO: REPORTE DE UN CASO DE NEVO AZUL Y LA IMPORTANCIA DE SU ABORDAJE DIAGNÓSTICO

Alexia Valenzuela Arce; Jorge Vega Imperial; Enedina Duarte Quintero; Adelina Rocha López; Julio Benítez Pascual; Cynthia Marina Urias Barreras.  
Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Sinaloa  
Servicio de Cirugía Maxilofacial, Hospital General de Zona #4 IMSS, Guaymas Sonora

**INTRODUCCIÓN:** Los nevos melanocíticos orales son neoplasias benignas compuestas de células que derivan de la cresta neural, son menos comunes en la mucosa oral que en la piel, e histológicamente se clasifican en nevo de unión, compuesto, intramucoso y azul; siendo el nevo intramucoso el tipo más común. Suelen presentarse con una forma muy circunscrita y delimitada, redondeadas a ovaladas, la superficie puede ser plana o elevada, de color en tonos café-azul gris. La localización más común es el paladar duro, seguido de la mucosa bucal, principalmente en mujeres en la cuarta década de la vida. La extirpación quirúrgica y el estudio histopatológico permitirán otorgar el diagnóstico definitivo.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Masculino de 36 años de edad, sin antecedentes patológicos relevantes para el padecimiento actual. Presenta una mácula café-gris oscuro en la zona posterior del paladar duro, con una zona ligeramente elevada de aspecto papular, superficie lisa y bordes bien definidos, medidas aproximadamente de 6x4mm, asintomático a la digitopresión, tiempo de evolución desconocido. Con el diagnóstico clínico de mácula melanótica vs nevo melanocítico se procedió a la biopsia excisional y estudio histopatológico. En este se identificó una proliferación de melanocitos fusiformes delgados con abundantes glóbulos de melanina, localizados en la lámina propia profunda y paralelos al epitelio de superficie. Se emitió un diagnóstico de Nevo azul. El paciente se encuentra libre de lesión a los nueve meses de seguimiento.

**DISCUSIÓN:** El diagnóstico diferencial clínico de los nevos melanocíticos incluye lesiones pigmentadas benignas como mácula melanótica, pigmentación por amalgama; y malignas como el melanoma en etapa inicial. Una biopsia por escisión seguida por el examen histopatológico es necesario para el diagnóstico final.

**CONCLUSIONES:** Se informa un caso de Nevo azul oral haciendo énfasis en sus características clínicas e histopatológicas para el abordaje diagnóstico.

## CCCL-04

### QUISTE DE LA BIFURCACIÓN BUCAL MANDIBULAR: REPORTE DE UN CASO

Alexia Valenzuela Arce; Félix Manuel Hernández Alemán; Aurea Elizabeth Valle Urias; Cinthia Lizbeth Reyna Solís; Rosa Alicia García Jau; Cynthia Marina Urias Barreras.  
Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Sinaloa  
Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Sinaloa

**INTRODUCCIÓN:** El quiste de la bifurcación bucal mandibular (QBBM) es un tipo de quiste colateral inflamatorio (QCI), se desarrolla por vestibular de las raíces del primer o segundo molar mandibular permanente parcialmente o recientemente erupcionado, como resultado de inflamación en el tejido pericoronar, originando proliferación del epitelio reducido del esmalte, del epitelio de unión o del surco gingival. Los quistes colaterales inflamatorios (QCIs) representan el 5% de todos los quistes odontogénicos, más del 60% de los QCIs son quistes paradentales asociados al OD38 u OD48, siendo mucho menos frecuente el QBBM. Este se presenta como un aumento de volumen asintomático, o doloroso y con secreción. Imagenológicamente, se observa una zona radiolúcida/hipodensa, por vestibular, bien delimitada. Su tratamiento es la enucleación simple y puede conservarse el molar.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Masculino de siete años de edad, sin antecedentes patológicos relevantes para el padecimiento actual. Presenta aumento de volumen por vestibular del OD46, de consistencia dura y con mucosa intacta, asintomático. En la tomografía

computarizada cone beam, se observó una zona hipodensa bien delimitada, que expande y perfora la cortical vestibular. Con el diagnóstico presuntivo de QCI se realizó biopsia excisional. Histológicamente, se observó una pared de tejido fibroso denso, con infiltrado inflamatorio mixto, intenso y difuso; revestida por epitelio plano estratificado, no queratinizado, con hiperplasia y exocitosis. Se emitió un diagnóstico de QCI (QBBM). El paciente se encuentra libre de lesión a tres meses de seguimiento.

**DISCUSIÓN:** El QBBM comparte características clínicas con otras lesiones; sin embargo, exhibe características imagenológicas peculiares, ubicándose por vestibular de las raíces del molar involucrado. Sus características histológicas son indistinguibles del quiste radicular, lo que puede conducir a un diagnóstico y tratamiento incorrecto.

**CONCLUSIONES:** Se informa un caso de QBBM detallando las características clínicas, imagenológicas e histopatológicas para su reconocimiento y manejo.

## CCCL-05

### QUISTE DENTÍGERO ASOCIADO A TERCER MOLAR: REPORTE DE CASO

Cynthia Guadalupe Torres Ávalos; Juan Carlos Cuevas González; Martha Imelda Sánchez Sapien.

Departamento de Estomatología, Programa de Cirujano Dentista, Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez  
Odontóloga general, practica privada

**INTRODUCCIÓN:** Los quistes dentígeros constituyen el 20% de los quistes odontogénicos. Se relacionan directamente con la corona de un diente no erupcionado, adhiriéndose a la región cervical. Su etiología es desconocida. Histológicamente presentan pared de tejido conectivo fibroso, revestido por epitelio estratificado. El tratamiento consiste en enucleación, extracción o marsupialización.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 14 años de edad que presenta lesión en mandíbula del lado derecho, en la región del tercer molar. Tiempo de evolución desde hacía un año desde que se hizo el hallazgo radiográfico, curso asintomático. Clínicamente el tejido circundante se observaba normal, tercer molar aun sin erupcionar. Radiográficamente se encontraba zona radiolúcida unilocular de dos centímetros de diámetro aproximadamente, con bordes bien definidos, asociada a la corona del tercer molar inferior derecho, el cual estaba en proceso de formación. Se realizó biopsia excisional de la lesión, así como la extracción de la corona del OD 48 y se envió para estudio histopatológico. Se obtuvieron como resultado fragmentos de tejido fibroconectivo conformado por células alargadas de núcleos fusiformes hiper cromáticos y epitelio plano estratificado, compatibles con un quiste dentígero.

**DISCUSIÓN:** Es importante comprender el desarrollo y evolución de este tipo de lesiones para tener en cuenta sus posibles complicaciones a futuro.

**CONCLUSIONES:** El estudio radiográfico y la exploración clínica son herramientas de prevención para el diagnóstico temprano del quiste dentígero. Se debe resaltar la importancia de una correcta evaluación histopatológica para un mejor manejo clínico y tratamiento integral.

## CCCL-06

### LESIÓN CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES Y QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO, PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO SINCRÓNICO

Arturo Noé Daza Galicia; Rodolfo Ruíz Sam; Yamely Ruíz Vázquez; Beatriz Catalina Aldape Barrios.

Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México

Cirugía Maxilofacial, práctica privada

Universidad Autónoma Metropolitana, Patología y Medicina Bucal, práctica privada

**INTRODUCCIÓN:** La lesión central de células gigantes (LCCG) es una entidad ósea benigna con una variante agresiva en el 30 % de los casos, con mayor prevalencia en mujeres jóvenes, en mandíbula en el 70%. Su etiología es controvertida, su origen neoplásico no ha sido del todo descartado, histológicamente se caracteriza por la presencia de células gigantes multinucleadas en un estroma de células fusiformes. El quiste óseo aneurismático (QOA) es una lesión quística osteolítica expansiva, con espacios llenos de sangre; la localización principal es mandíbula, es más frecuente en hombres y predilección en las primeras tres décadas de la vida. El hallazgo de ambas de forma sincrónica es raro.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenino de 67 años, con asimetría facial del tercio medio de cara lado derecho, asintomático, de seis meses de evolución. En la exploración intrabucal se observó una neoformación de color rojo con zonas ulceradas y, de canino a primer molar, de tres centímetros. Se realizó biopsia incisional con diagnóstico de LCCG. Seis meses después la paciente regresó con aumento de volumen de 13cm. Se realizó la resección quirúrgica y se envió a estudio histopatológico donde se diagnosticó LCCG con QOA.

**DISCUSIÓN:** El tratamiento convencional de lesiones como LCCG o QOA es la escisión quirúrgica ya sea por curetaje o resección en bloque dependiendo del comportamiento (agresivo o no agresivo), con una alta tendencia a la recidiva. La LCCG puede encontrarse simultánea con fibroma osificante, displasia fibrosa, osteosarcoma y QOA, como en este caso.

**CONCLUSIONES:** En este caso el tratamiento de elección fue la resección quirúrgica, con seguimiento de cuatro meses sin recidiva. Es importante realizar un diagnóstico clínico e imagenológico utilizando TC o conebeam, el tratamiento inicial adecuado es necesario para que los pacientes tengan una mejor calidad de vida y no sean mutilados.

## CCCL-07

### NÓDULO LABIAL POR ÁCIDO HIALURÓNICO CON MÍNIMA REACCIÓN GRANULOMATOSA: REPORTE DE CASO

Edmundo Fabila Osorio; Víctor Hugo Toral Rizo; Oscar Ramos Carrillo; Michelle Monserrat Ramos Ocegueda; Mayra Janeth Ramos Ocegueda; Oscar Manuel Ramos Ocegueda.

Clínica Orocentro, Facultad de Odontología, Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx), Toluca de Lerdo, México

Unidad Académica de Odontología, Universidad Autónoma de Nayarit

Práctica privada, Clínica Novellident

Maestría en Implantología, Facultad Ilapeo

**INTRODUCCIÓN:** Las sustancias con fines estéticos son populares y se consideran inertes, como el ácido hialurónico (AH), sin embargo, en ocasiones inducen reacciones adversas. La FDA en Estados Unidos clasifica a los rellenos de tejido blando como absorbibles (no permanentes) y no absorbibles (permanentes), estos pueden causar la formación de granulomas de cuerpo extraños, con dolor, edema, equimosis, eritema, discromía, etc.

**PRESENTACIÓN DE CASO:** Mujer de 23 años que acude a consulta por nódulo doloroso en labio superior. Aparentemente sana. La paciente refiere uso de relleno en los labios hace tres años, sin especificar el tipo. Al examen clínico se observa nódulo en labio superior de lado derecho, de 10mm de diámetro, con base sésil, sin cambio de coloración, de consistencia blanda de tres meses de evolución, con diagnóstico clínico de adenoma pleomorfo, se realiza biopsia exisional. El estudio de patología reporta proceso fibroso con mínima reacción inflamatoria de cuerpo extraño, células gigantes multinucleadas, estructuras basofílicas entre músculos y nervio, compatibles con AH. A siete meses de seguimiento no se observan recidivas.

**DISCUSIÓN:** El cuidado estético y la tendencia anti envejecimiento hacen que la práctica de rellenos faciales con fines estéticos sea más frecuente a cada día. El AH en promedio dura más de seis meses en el cuerpo. Una reacción granulomatosa a cuerpo extraño por rellenos estéticos puede aparecer hasta 16 años después de la aplicación. Ocasionalmente esta reacción es muy discreta y forma, como en el caso del AH, forma fibrosis entre músculo y nervios adyacentes. El tratamiento de elección es la remoción siempre que sea posible.

**CONCLUSIONES:** Presentamos un caso con mínima reacción granulomatosa asociada al uso de AH. El área odontológica debe reconocer estos efectos adversos que cada día son más frecuentes en la población sometida a rellenos faciales.

## CCCL-08

### FIBROMA ODONTOGÉNICO PERIFÉRICO A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Frida Itzayana Ríos Jarquin; Gerardo Meza García; Díaz Castillejos.

Universidad Regional del Sureste, Escuela de Odontología

Facultad de Odontología, Universidad Autónoma "Benito Juárez" de Oaxaca

**INTRODUCCIÓN:** El fibroma odontogénico periférico es una neoplasia rara de tejido conectivo fibroso maduro, con cantidades variables de odontogénico de aspecto inactivo epitelio, con o sin evidencia de calcificación, tiene dos variantes una central y otra periférica.

**PRESENTACIÓN DE CASO:** Paciente femenino de 31 años acude a consulta por aumento de volumen localizado en la papila intersiciva inferior de aproximadamente 12 meses de evolución, de crecimiento lento, asintomático, indurada, adherida, de base sésil que abarca cara lingual y vestibular, asintomática a la palpación, de color rosa pálido, aspecto rugoso, órganos dentarios adyacentes a la lesión sin datos de movilidad dentaria se realizó biopsia excisional de encía de mandíbula con diagnóstico presuntivo: granuloma piógeno. Las características histológicas fueron: una proliferación de tejido fibroconectivo fusocelular en patrón fascicular y mixoide bien vascularizado con presencia de islas de epitelio odontogénico, con calcificaciones de diversos tamaños y algunas zonas de material homogéneo

eosinófilo (amiloide) cubierto por epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado con elongación de clavos epiteliales y acantosis y edema intracelular.

**DISCUSIÓN:** El fibroma odontogénico periférico se presenta como una tumoración en la encía, generalmente recubierta por una mucosa normal, se localiza comúnmente a nivel mandibular y se observa más en el área de los incisivos, caninos y premolares, se describe que entre sus diagnósticos diferenciales se debe incluir granuloma piogénico, hiperplasia fibrosa epitelial inflamatoria, y fibroma osificante periférico, entre los diferentes tumores odontogénicos periféricos es el más frecuente, presenta más prevalencia en pacientes del sexo femenino que en el masculino coincidiendo con el caso.

**CONCLUSIONES:** Es una neoplasia benigna, la forma de diagnosticar con certeza es por un examen histopatológico porque puede confundirse con lesiones que tienen características clínicas y radiográficas similares.

## CCCL-09

### CONDROSARCOMA EN MANDÍBULA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Frida Itzayana Ríos Jarquin; Gerardo Meza García; Fabian Tafoya Ramírez.  
Universidad Regional del Sureste, Escuela de Odontología  
Hospital Regional del Alta Especialidad

**INTRODUCCIÓN:** El condrosarcoma es un tumor maligno de origen cartilaginoso y etiología desconocida. Supone el 10% de todas las neoplasias óseas, siendo raro en localizaciones craneofaciales (menos del 5%), donde se considera de mayor agresividad por la mayor capacidad de producir metástasis.

**PRESENTACIÓN DE CASO:** Paciente masculino de 35 años acude a consulta por tumoración en mandíbula del lado izquierdo, en enero le extrajeron los molares inferiores y la herida no ha cicatrizado, tiene sensación de adormecimiento de ese lado, ha usado analgésicos y antibióticos sin observar mejoría. Se realizó biopsia incisional de mandíbula con diagnóstico presuntivo de: neoplasia mesenquimatosa maligna poco diferenciada. Las características histológicas presentan que se encuentra formado por células neoplásicas pleomórficas hiper cromáticas de aspecto mesenquimatoso, algunas fusiformes, otras estrelladas en un estroma de tejido fibroso con áreas mixoides y pequeños fragmentos de tejido óseo. Se realizó inmunohistoquímica con diagnóstico presuntivo de Condrosarcoma, que fueron negativas para s100, actina, desmina y con Ki 67 del 70 %.

**DISCUSIÓN:** Es una neoplasia caracterizada por la formación de cartílago maligno que se deriva de restos embriogénicos cartilaginosos. Varios grupos han sugerido que afecta a ambos sexos por igual, otros informan de una ligera predilección en los hombres entre la segunda y la quinta década de vida, alcanzando su punto máximo de incidencia a los 31 años, rara vez afecta a las mandíbulas (alrededor de 224 casos en la literatura). Entre sus posibles diagnósticos diferenciales podemos mencionar a el condroma, osteosarcoma condroblástico, condrosarcoma mesenquimatoso, condroblastoma.

**CONCLUSIONES:** El condrosarcoma, al ser una neoplasia maligna con etiología desconocida y con un pronóstico grave, es importante la sospecha y la filiación diagnóstica para proceder a la resección quirúrgica completa, el seguimiento a largo plazo es indispensable, ya que la mayoría de pacientes suelen tener un tiempo de supervivencia entre 5-15 años.

## CCCL-10

### OSTEONECROSIS DE LOS MAXILARES ASOCIADO A BIFOSFONATOS: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS

Guadalupe López Pacheco; Gerardo Meza García; Tania Atenea Sibaja Ponce; Carlos David Aragón Kuri.  
Escuela de Odontología, Universidad Regional del Sureste  
Cirugía Maxilofacial, Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

**INTRODUCCIÓN:** La ONM es la exposición de hueso necrótico en los maxilares como un efecto secundario de la acción directa de los Bifosfonatos.

**PRESENTACIÓN DE LOS CASOS:** 1) Masculino 75 años de edad. Con antecedente de cáncer de próstata, acude a valoración a HRAEO por presentar dolor, supuración del II cuadrante, del maxilar superior con dos meses, de evolución, posterior a una extracción dental de los OD 23 Y 25. Exposición ósea de 1x1 cm, en el área de extracción. Con tratamiento de antibióticos, hasta generar un secuestro óseo en la zona afectada, mismo al que se le realizó una biopsia incisional, donde reportaron como compatible con osteonecrosis del maxilar inducido por bifosfonatos. Clasificándolo así, en estadio grado 1. Se controló con medidas generales de higiene oral, alternando con clorhexidina al 0.12%. El oncólogo mencionó que no recomienda suspender los bifosfonatos. 2) Femenina de 51 años de edad. Con antecedente de cáncer renal, cáncer de mama, fue remitida al ISSSTE, por presentar dolor, molestia en el maxilar superior, olor fétido en la zona afectada, con un mes de evolución, debido al resto radicular del OD 16 donde se observó necrosis ósea. Se realizó el

procedimiento quirúrgico, secuestrectomía, donde se retiró una pieza de 1.5x1x0.5cm. El estudio histopatológico diagnosticó como necrosis licuefactiva del hueso trabecular asociada a inflamación aguda purulenta. Clasificándolo así en un estadio grado 2. Continuó con tratamiento de antibióticos, se suspendió el ácido zolendrónico, por indicación de su oncólogo por dos meses.

**DISCUSIÓN:** La osteonecrosis de los maxilares es una enfermedad que origina destrucción ósea progresiva relacionado a terapias anti-resortivas y anti-angiogénicas, y suele presentar exposición ósea sin tendencia a la curación espontánea.

**CONCLUSIONES:** Se presentan dos casos de osteonecrosis del maxilar en diferentes etapas de la enfermedad y su manejo terapéutico.

## CCCL-11

### TUBERCULOSIS GANGLIONAR BILATERAL CERVICAL

Paola Celeste García Quijas; Alejandro Donohue Cornejo; Juan Carlos Cuevas González; José Luis Trejo Campos.

Departamento de Estomatología, Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Departamento de Cirugía Maxilofacial, Centro Médico de Especialidades, Ciudad Juárez, Chihuahua

**INTRODUCCIÓN:** La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa crónica causada por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis* (Mt). En el 85% de los casos afecta únicamente a los pulmones, mientras que el 15% restante, comprende el desarrollo de lesiones granulomatosas en prácticamente cualquier órgano. La forma más frecuente de TB extrapulmonar es aquella que afecta los ganglios linfáticos, especialmente los ganglios cervicales. La linfadenopatía tuberculosa cursa con inflamación y necrosis caseosa, que, en algunos casos, resulta en el desarrollo de úlceras y fístulas supurantes, causando un trastorno conocido como escrófula.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenino de 27 años se presentó a servicio de urgencias por edema a nivel cervical II y III, con dolor y rigidez cervical. La paciente refirió pérdida de peso, malestar general y fiebre durante los 15 días previos a su visita médica. Se realizó drenaje descompresivo con salida de material purulento. En la tomografía se apreció linfadenopatía bilateral que afectaba múltiples ganglios linfáticos. Se tomó biopsia de nódulo izquierdo para estudio histopatológico y cultivo. El diagnóstico histopatológico y la histoquímica (Ziehl-Neelsen) fue compatible con hiperplasia folicular asociada a Mt, dato respaldado con cultivo positivo. La paciente no presentó anticuerpos contra VIH.

**DISCUSIÓN:** Del total de los casos de linfadenopatía cervical, alrededor del 20% son bilaterales, siendo más frecuentes entre pacientes seropositivos (<50%). Si bien es controversial, la afectación de los nódulos puede ser múltiple o de manera aislada.

**CONCLUSIONES:** Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que 9.9 millones de personas alrededor del mundo desarrollaron TB durante el año 2020 y que esta causó 1.5 millones de muertes. Debido a que la enfermedad aún es un problema de salud a nivel mundial, es importante mantener esta entidad entre los diagnósticos diferenciales aún ante lesiones extrapulmonares poco frecuentes con fines de identificación oportuna.

## CCCL-12

### FIBROMIXOMA ODONTOGÉNICO MAXILAR. REPORTE DE UN CASO

Jesús Alejandro Zambrano Ponce; Janett Soriano González; Sergio Rubén Candelas Ruvalcaba; Arturo Manjarrez Vázquez; Alicia Díaz Magdaleno.

Facultad de Odontología, Universidad Quetzalcóatl de Irapuato, Campus Irapuato

Cirugía Maxilofacial, práctica privada

Hospital General de Zona IMSS2, Irapuato, Gto.

**INTRODUCCIÓN:** El fibromixoma, considerado una variante histológica del mixoma odontogénico, es un tumor benigno de origen ectomesenquimal derivado del esqueleto facial o de tejidos blandos, de carácter agresivo, pudiendo causar expansión de las corticales; la histopatología revela fibras de colágeno y células redondeadas y fusiformes en un estroma mucoso. Aunque el fibromixoma suele ser asintomático, puede cursar con dolor, así como causar desplazamiento de los órganos dentales y/o reabsorción radicular externa.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenino de 45 años, acude a consulta por presentar aumento de volumen asintomático en encía maxilar posterior de lado izquierdo. A la inspección clínica se identifica nódulo de superficie lisa del mismo color de la mucosa con telangiectasias superficiales de aproximadamente 1.5cm, de consistencia firme, que causa desplazamiento del órgano dental 27, en la radiografía presenta zona radiolúcida mal definida con múltiples áreas radiopacas difusas. Se emite diagnóstico presuntivo de lesión fibroósea benigna y se realiza biopsia incisional, las características histológicas fueron compatibles con fibromixoma. Bajo anestesia general se realiza la resección quirúrgica en bloque de la lesión. Después de tres meses no se presenta recidiva.

**DISCUSIÓN:** El fibromixoma odontogénico es una neoplasia benigna de histogénesis incierta con tendencia en los maxilares, con un aspecto histológico característico y un patrón radiográfico radiolúcido unilocular o multilocular de "panal de abeja" o "burbujas de jabón". El presente caso no mostró dichos patrones presentándose como una lesión mixta. Se han reportado diversas opciones de

tratamiento, en este paciente se optó por la resección quirúrgica en bloque debido a la alta tasa de recurrencia reportada especialmente en el maxilar.

**CONCLUSIONES:** Se presenta un caso de fibromixoma en maxilar tratado mediante resección quirúrgica radical. El diagnóstico debe basarse en las características clínicas, histológicas y radiográficas. El comportamiento y pronóstico de esta variedad histológica no es diferente al del mixoma odontogénico.

## CCCL-13

### CARCINOMA ESCAMOCELULAR EN PACIENTE JOVEN, REPORTE DE CASO

Mariana Rocio Ferreiro López; Daniela Muela Campos; Alfredo Nevárez Rascón; Hansel Gabriel Gómez Arámbula; Mercedes Bermúdez Cortés. Laboratorio de Patología y Medicina Bucal, Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Chihuahua

**INTRODUCCIÓN:** El carcinoma escamocelular (CEC) tradicionalmente se presenta en personas mayores de 60 años con exposición crónica a carcinógenos como el tabaco y alcohol. Actualmente se ha identificado un aumento del CEC en personas menores de 40 años, la etiopatogenia aún se encuentra en exploración. El CEC en jóvenes afecta comúnmente el borde lateral de la lengua. El tratamiento y pronóstico del CEC en jóvenes parece tener variaciones en cuanto al CEC convencional y es actualmente un tópico en investigación.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 34 años, aparentemente sano, refiere un "granito levemente doloroso" en lengua desde hace seis meses, fue previamente valorado por un médico y dos odontólogos quienes indicaron antimicóticos, antibióticos, antivirales, enjuagues de bicarbonato y agua oxigenada, sin respuesta favorable. A la exploración se identifica nódulo en borde lateral derecho de la lengua de un centímetro de diámetro, indurado y con superficie ulcerada. Se indica biopsia incisional y el estudio histopatológico arroja el resultado de carcinoma escamocelular bien diferenciado. Se refiere al paciente a oncología para su tratamiento.

**DISCUSIÓN:** El entendimiento de las diferencias clínicas que existen entre los pacientes jóvenes y adultos son esenciales para el tratamiento y pronóstico. Aparentemente la tasa de supervivencia de CEC en pacientes jóvenes y adultos es similar, pero se ha reportado evidencia de que el CEC en jóvenes tiene un riesgo significativamente mayor en desarrollar metástasis, sobre todo en esófago. En cuanto a recurrencia existe una tendencia a ser desfavorable para jóvenes.

**CONCLUSIONES:** El CEC en jóvenes es un nuevo perfil en constante investigación. La exploración sistemática de la mucosa bucal y la detección oportuna del CEC seguirá siendo crucial para un pronóstico favorable.

## CCCL-14

### MIXOMA ODONTOGÉNICO EN MAXILAR SUPERIOR

Ceily Yariela García Guzmán; Abigail Agis Caselin; Bernardo Cruz Legorreta; Aurora Lucero Reyes; Elvia Ortiz Ortiz. División de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Tlaxcala

**INTRODUCCIÓN:** El mixoma odontogénico (MO), neoplasia benigna, localmente agresiva de origen mesenquimal, se presenta como lesión expansiva asintomática sin cambios nerviosos sensoriales es el tercer tumor odontogénico más común (2-5%). Se comporta de manera más agresiva en el maxilar superior, porque se propaga a través del seno maxilar, causando desplazamiento dental, rizólisis, multilocularidad, exoftalmos y obstrucción nasal. Las lesiones mandibulares generalmente se presentan en área molar y premolar extendiéndose hasta la región condilar. El siguiente caso clínico se presenta paciente femenina con asimetría facial de lado izquierdo, se observa lesión rojiza, de superficie irregular con dolor a la palpación en zona de molares.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de 52 años. Se observa crecimiento en el maxilar superior de lado izquierdo de consistencia firme, superficie lobulada con coloración rojiza, abarca zona de molares hasta la tuberosidad del maxilar. Se realizó biopsia excisional de la lesión y en el formulario de anatomía patológica se consideró como diagnóstico presuntivo: Adenocarcinoma. El diagnóstico histopatológico presento; el espécimen está formado por tejido conectivo fibroso laxo de aspecto mucoide, células de aspecto fusiformes y estrellados, núcleos hipercromáticos, bien vascularizados, revestido por epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado con pérdida de la continuidad, cubierto por fibrina e infiltrado inflamatorio mixto severo. Dando como diagnóstico definitivo: Mixoma.

**DISCUSIÓN:** El tratamiento depende de la localización de la lesión, tamaño, comportamiento y edad del paciente, siendo radiorresistente.

**CONCLUSIONES:** El tratamiento de cualquier tumoración deberá incluir la toma de biopsia y estudio histopatológico, para llegar a un diagnóstico certero y normar la conducta quirúrgica adecuada.

CCCL-15

CORISTOMA (OSTEOCONDROLIPOMA) EN LENGUA EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO.  
PRESENTACIÓN DE UN CASO

Beatriz Catalina Aldape Barrios; Yamely Bonifacia Ruiz Vázquez; Nayeli Paola Salas Mateo.  
Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México

**INTRODUCCIÓN:** Un coristoma se define como el crecimiento ectópico de tejido, es decir, tejido localizado en un sitio anormal. El coristoma de lengua se describe como tal por primera vez en el año 1913 y desde entonces existen muy pocos casos reportados. El osteocondrolipoma es una variante del lipoma que presenta hueso y diferenciación cartilaginosa, la patogenia sigue siendo incierta y su nomenclatura es controversial, aunque en la literatura se encuentran diferentes teorías que se han propuesto para explicar la formación de tejidos cartilagosos y óseos en los lipomas. La localización de ésta lesión con frecuencia es la cara dorsal de la lengua, con predilección en el sexo femenino, con un rango de edad que va desde el nacimiento hasta los 80 años de edad.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Mujer de 10 años de edad presentó una neoformación de consistencia blanda, forma oval, superficie lisa, consistencia firme, color café oscuro que mide 4.5x3.5x2.5cm. Histológicamente se observaron espacios ópticamente vacíos con núcleo en la periferia, morfológicamente con tejido adiposo maduro, trabéculas de hueso lamelar maduro vital y depósitos basófilos de cartílago hialino maduro con condrocitos y condroblastos vitales, dispuestos y rodeados por una cápsula de tejido conectivo fibroso denso bien vascularizado, con hemorragia en la base.

**DISCUSIÓN:** Los coristomas constituyen un diagnóstico diferencial de neoplasias en la cavidad oral. El diagnóstico se realiza mediante el estudio histopatológico y el tratamiento es una enucleación quirúrgica, sin recidivas en los casos reportados.

**CONCLUSIONES:** El osteocondrolipoma es una lesión benigna poco frecuente en cavidad oral, cuyo tratamiento consiste en una enucleación quirúrgica, sin recidivas. El reporte de esta patología es necesario para una mejor caracterización.

CCCL-16

NEURILEMOMA EN PACIENTE ADOLESCENTE. REPORTE DE UN CASO

Paulina Guadalupe Rangel López; Janett Soriano González; Diana Salazar Razo.  
Facultad de Odontología, Universidad Quetzalcóatl en Irapuato  
Endodoncia, práctica privada

**INTRODUCCIÓN:** El neurilemoma, también llamado schwannoma, es una neoplasia benigna poco frecuente originada a partir de las células de Schwann de los nervios periféricos, por lo que puede aparecer en cualquier zona del organismo; del 25 al 40 % de los casos ocurren en cabeza y cuello con un índice del 1% en la cavidad oral. Es de crecimiento lento, solitario, encapsulado, puede presentarse a cualquier edad y en ambos sexos por igual.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenino de 12 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, es llevada a consulta por presentar un nódulo asintomático situado en la cara ventral de la lengua, de crecimiento lento y un año de evolución. A la inspección clínica se encuentra un nódulo submucoso de 1.5cm de diámetro con bordes bien definidos y consistencia firme a la palpación. Se emite el diagnóstico clínico de tumor de origen neural vs lipoma. Se realiza biopsia excisional bajo anestesia local, las características histopatológicas fueron compatibles con el diagnóstico de Neurilemoma.

**DISCUSIÓN:** La localización más común de un neurilemoma dentro de la cavidad oral es la lengua, como en el caso presentado, los síntomas reportados van desde una masa lingual asintomática a una de crecimiento rápido originando disartria, disfagia y dolor. El pronóstico es favorable, siempre que la lesión sea retirada por completo, de lo contrario puede presentar agresividad local y en el 2% de los casos malignidad. En la microscopía se pueden encontrar dos patrones histológicos: regiones hipercelulares y compactas con núcleos fusiformes dispuestos en empalizada (Antoni A), y regiones laxas e hipocelulares (Antoni B). Su diagnóstico deberá ser realizado a partir de características clínicas e histopatológicas; una microscopía electrónica y el análisis inmunohistoquímico pueden confirmar diagnóstico.

**CONCLUSIONES:** Se reporta un caso de Neurilemoma haciendo hincapié en el diagnóstico por medio de hallazgos histopatológicos.

CCCL-17

## MUCINOSIS ORAL FOCAL. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS

Rodrigo Santos Peñaloza Castillo; Astrid Judith López Orozco; Yamely Bonifacia Ruíz Vázquez; Bernardo Cruz Legorreta; Beatriz Catalina Aldape Barrios.  
Facultad de Odontología, UNAM, CU  
Cirugía Maxilofacial, Oaxaca, Oaxaca

**INTRODUCCIÓN:** La Mucinosi Oral Focal (MOF), es una condición benigna mal diagnosticada y confundida con lesiones reactivas, la etiología es desconocida aunque se cree que se origina por el exceso de ácido hialurónico producido por fibroblastos. La razón H:M es 2:1, es más frecuente en la cuarta y quinta década de vida en encía aunque puede aparecer en otras localizaciones. Clínicamente se caracteriza por ser un nódulo de base sésil o pediculada. La MFO no presenta signos patognomónicos, y los diagnósticos diferenciales son neurofibroma mixoide, mucocele, angiomioma superficial o mixoma de tejidos blandos. El pronóstico es bueno, el tratamiento es quirúrgico, con raspado y alisado cuando es en encía y no recurre.

**PRESENTACIÓN DE LOS CASOS:** Caso 1) Mujer de 40 años con un aumento de volumen asintomático en la encía bucal de la mandíbula. La lesión es de dos centímetros, del color de la mucosa adyacente y sin alteración radiográfica. Caso 2) Mujer de 48 años con aumento de volumen en el paladar duro. La lesión es sésil, firme y sin cambios de color. Caso 3) Hombre de 36 años, con aumento de volumen asintomático y del mismo color de la mucosa. La lesión es de 1.5cm, y base sésil.

**DISCUSIÓN:** En los tres casos se llevó a cabo la biopsia escisional, y la histopatología demostró la proliferación de material mucoide en una matriz mixoide. El estroma mixoide estaba rodeado de fibras de colágena y recubierto por epitelio escamoso. En la histoquímica, la tinción de azul alcian fue positiva en áreas de mucina.

**CONCLUSIONES:** Las MOF tienen las características clínicas de un fibroma osificante periférico o de un fibroma. De este modo, la histoquímica con azul alcian y la histopatología, son fundamentales para determinar el diagnóstico correcto. No hay recurrencias de la lesión reportadas.

CCCL-18

## MIXOMA ODONTOGÉNICO: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Nahomi Arely Ramírez Díaz; José Luis Trejo Campos; Juan Carlos Cuevas González; Alejandro Donohue Cornejo; Alma Graciela García Calderón; Dalía Abril Guzmán Gastelum.  
Departamento de Estomatología, Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez  
Servicio de Cirugía Maxilofacial, Centro Médico de Especialidades, Ciudad Juárez, Chihuahua

**INTRODUCCIÓN:** El mixoma es una neoplasia benigna de origen mesenquimatoso, representa del 3% al 20% de los tumores odontogénicos, es el tercer tumor más frecuente seguido del ameloblastoma y odontoma según la clasificación de tumores de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 2017, presentándose entre la tercera y cuarta década de vida, sin predilección por sexo. Ocasionalmente cuando son pequeños suelen identificarse como hallazgos radiográficos ya que son asintomáticos.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenino de 37 años, describe aumento de volumen de dos años de evolución en encía y carrillo de lado derecho, sin exudado y sin movilidad dental, clínicamente se observaba asimetría con aumento de volumen desde molares a incisivos, sin dolor a la palpación y de consistencia firme, radiográficamente presentó patrón radiográfico de pompas de jabón involucrando ángulo mandibular.

**DISCUSIÓN:** El mixoma es una neoplasia benigna de evolución lenta que en una etapa desarrollada es sumamente agresiva, desplaza órganos dentales, provoca rizólisis y afecta estructuras óseas, por lo que es importante identificarlo en una etapa temprana para llevar a cabo un plan de tratamiento conservador, ya que en casos más avanzados se opta por la resección del área afectada con márgenes de seguridad para prevenir la recidiva, el abordaje del procedimiento es complicado debido a las características propias del tumor, a esto se le atribuye la recurrencia del 25% por lo que se debe llevarse un control clínico-radiográfico de al menos cinco años posterior al procedimiento.

**CONCLUSIONES:** Es importante identificar el mixoma en una etapa temprana ya que esto se relaciona con tratamientos conservadores, caso contrario los tratamientos suelen ser más agresivos impactando la calidad de vida del paciente, se debe llevar un seguimiento clínico - radiográfico a largo plazo para identificar recidivas de manera oportuna.

## CCCL-19

### TUMOR ODONTOGÉNICO ADENOMATOIDE. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Andrea Saraí Ramírez Torres; Fernando Tenorio Rocha; Paola Campos Ibarra; Miguel Ángel Mariz Ramírez.  
Licenciatura en Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus León  
Práctica privada

**INTRODUCCIÓN:** El tumor odontogénico adenomatoide (TOA) está compuesto por epitelio odontogénico en una variedad de patrones histo-arquitectónicos, incrustados en un estroma de tejido conectivo maduro; y caracterizado por un crecimiento lento, pero progresivo.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Mujer de 53 años que acude a la consulta por razones distintas a una lesión en la cavidad oral, sin embargo, a la exploración bucal se encuentra un aumento de volumen asintomático de consistencia firme y dura, entre los dientes 42 y 43. Se solicitan estudios de imagen: ortopantomografía y tomografía cone beam, así como una biopsia incisional. Al momento de la realización de la biopsia, se decide la total enucleación de la lesión, seguida del raspado y alisado radicular de los dientes involucrados con la lesión.

**DISCUSIÓN:** Este caso es atípico porque no comparte las características epidemiológicas de un TOA. La OMS en 2014 afirma que el TOA tiene aparición en el 90% de los casos antes de la tercera década de la vida, en el caso, la paciente se encontraba en la quinta década de vida. Neville et ál (2009), nos indican que este tumor normalmente se asocia a dientes no erupcionados en la zona anterosuperior, sin embargo, el tumor estaba asociado a dientes erupcionados y en la zona anteroinferior. Además del tratamiento propuesto por Marín et ál (2017), el cual es la remoción completa de la lesión, se decidió hacer raspado y alisado radicular de los dientes adyacentes, por la relación de la lesión con dos dientes erupcionados.

**CONCLUSIONES:** Como pudimos observar en el caso clínico, no debemos dejarnos guiar por las características epidemiológicas de una lesión; es necesario usar herramientas de diagnóstico para ser objetivos en el tratamiento y pronóstico de estas.

## CCCL-20

### CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS INTRAÓSEO: REPORTE DE CASO

Gerardo Enrique Fuentes Saiz; José Luis Osornio Rojas; Juan Carlos Cuevas González; Alejandro Donohue Cornejo; Alma Graciela García Calderón; Joel Gómez Torres.  
Departamento de Estomatología, Programa de Cirujano Dentista, Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez  
Práctica privada, Cirugía Maxilofacial, Durango, Dgo. México

**INTRODUCCIÓN:** El carcinoma escamocelular intraóseo primario mandibular se encuentra, de acuerdo con la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, dentro de los carcinomas odontogénicos. Se trata de una neoplasia poco común, con una relación de hombre: mujer de 3,5:1 y una mayor frecuencia de presentación entre los 50-60 años de vida. Se desarrolla en huesos maxilares no teniendo conexión inicial con mucosa ni piel adyacente. Es localmente agresivo, con una incidencia de metástasis en ganglios regionales del 28% y en pulmón del 5% en el momento del diagnóstico.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenino de 62 años con aumento de volumen gingival en zona de molares inferiores del lado izquierdo, presentaba higiene bucal deficiente, trismus y movilidad dentaria grado III. En el estudio imagenológico se observó destrucción ósea severa, con cuerpo y parte de la rama mandibular, con bordes mal definidos y órganos dentarios sin soporte óseo. Se tomó biopsia incisional con fines exploratorios, el análisis histopatológico evidenció presencia de islas epiteliales de aspecto escamoso, pleomorfismo celular y nuclear, núcleos hiper cromáticos, queratinización individual y perlas de queratina, al hacer la correlación de datos, se emitió el diagnóstico de carcinoma de células escamosas intraóseo. La paciente se sometió a la remoción completa de la lesión.

**DISCUSIÓN:** Si bien el CCEIP es una variante poco frecuente, representa del 90- 95% de las neoplasias que afectan la cavidad bucal, base a lo anterior consideramos que ante una lesión radiolúcida osteolítica, que afecte el hueso mandibular y/o maxilar esta entidad será considerada dentro de los diagnósticos diferenciales y hacer la correlación clínico-radiográfico e histopatológico para llegar al diagnóstico de manera oportuna y certera.

**CONCLUSIONES:** Es importante que los profesionales de la salud y en especial los odontólogos generales se familiaricen con el diagnóstico precoz del COCE y todas aquellas lesiones potencialmente malignas.

## CCCL-21

### TRATAMIENTO DE MALFORMACIÓN VASCULAR DE TIPO VENOSO EN MUCOSA YUGAL CON POLIDOCANOL. INFORME DE CASO CLÍNICO

Emmanuel Mendoza; Sandra López Verdín; Nicolás Santiago Álvarez; Rodrigo Magallón Martínez.  
Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud  
Instituto de Investigación en Odontología, Clínicas Odontológicas Integrales

**INTRODUCCIÓN:** Las malformaciones vasculares son anomalías estructurales que surgen durante el desarrollo fetal, se clasifican en cuatro grupos; malformaciones venosas, capilares, linfáticas, y arteriovenosas. Se presentan con una frecuencia del 1.5% en la población, pueden aparecer en cualquier localización de la cavidad bucal involucrando el plano submucoso, cuando aparecen en un plano superficial se presentan de color azul-violáceo el cual desaparece al aplicar presión. Estas deben ser tratadas ya que pueden formar trombosis o flebolitos secundarios.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Se presenta paciente femenino de 67 años de edad sin antecedentes médicos de relevancia a la clínica de Patología Bucal, ya que tres días antes noto una lesión nodular violácea en la mucosa yugal del lado derecho, ausente de sintomatología, de un tamaño aproximado de 1 cm<sup>3</sup>. El tratamiento fue realizado bajo anestesia local utilizando 1,7 mL de lidocaína c/epinefrina con técnica mandibular, posteriormente en asesoría del cirujano maxilofacial y por única sesión se realizó la aplicación en la base de la lesión con jeringa dérmica infiltrando 5 mL de polidocanol micro espumado.

**DISCUSIÓN:** El manejo de las malformaciones venosas depende del tamaño, localización y complicaciones asociadas. Malformaciones estables pueden no requerir tratamiento. Las lesiones grandes pueden ser tratadas con una combinación de escleroterapia y escisión quirúrgica. La escleroterapia única puede ser suficiente para lesiones pequeñas. En las lesiones grandes la escleroterapia puede disminuir el riesgo de sangrado de la posterior cirugía.

**CONCLUSIONES:** Las malformaciones vasculares y de bajo flujo pueden ser tratadas en una sola sesión, sin complicaciones.

# CASO CLÍNICO

## POSGRADO

CCCP-01

### PENFIGOIDE DE LAS MEMBRANAS MUCOSAS, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Hugo Luis González Piloto; Francisco Javier Aguilar Zapata; Juliana Marisol Godínez Rubí; Sandra López Verdín.  
Maestría en Medicina y Patología Bucal, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco

**INTRODUCCIÓN:** Los trastornos ampollosos autoinmunes se presentan con frecuencia variable en la cavidad oral. El penfigoide de las membranas mucosas (PMM), el pénfigo vulgar (PV), así como la enfermedad IgA lineal, la epidermólisis ampollosa adquirida y el pénfigo paraneoplásico, son ejemplos de estas patologías. Estos trastornos se caracterizan clínicamente por la formación de ampollas, erosiones y úlceras, sin embargo el PMM, se limita a las mucosas sin afección cutánea. El reconocimiento de las características clínicas e histopatológicas específicas es esencial en el diagnóstico diferencial y el tratamiento.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 66 años, acude a las Clínicas Odontológicas Integrales del CUCS con el motivo de consulta "Dolor en la encía, con color rojo, ampollas con sangre en la encía y mejillas". En cuanto a sus antecedentes, padece de colitis ulcerosa crónica inespecífica (CUCI) desde 1998 con colectomía parcial el mismo año. Se mantiene bajo tratamiento con Loperamida y Salofal (supositorios). Desde el 2018 comienza con los primeros síntomas con zonas de erosión, ampollas de contenido hemático, con dolor a la palpación y signo de Nikolsky positivo. Se realiza historia clínica para mejor estudio y tratamiento, así como estudios de laboratorio, biopsia incisional y el estudio histopatológico para el diagnóstico definitivo. Se decidió realizar estudio por inmunofluorescencia donde fue altamente positivo para IgM en el techo de la ampolla subepitelial. Se indicó solución de mometasona al 0.05 %, 0.4mg tres veces al día durante 14 días. Además de solución Filadelfia durante 14 días. El paciente no evoluciona satisfactoriamente al tratamiento tópico. Se mantiene bajo estudio y tratamiento.

**DISCUSIÓN:** El penfigoide de las mucosas (PMM) es una enfermedad clínica e inmunopatológicamente heterogénea, sus características clínicas de por sí solas no son suficientes por su parecido con otras entidades. Es necesario su diagnóstico mediante el análisis histológico y a veces el uso de técnicas especiales.

**CONCLUSIONES:** El diagnóstico del penfigoide de membranas mucosas está basado en sus presentaciones clínicas e histopatológicas, en ocasiones es necesario el uso de la inmunofluorescencia la cual es útil para validar el diagnóstico de esta entidad.

CCCP-02

### FIBROMA ODONTOGÉNICO CENTRAL, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Allan Ibarra Del Castillo; Alberto de la Torre y Morán; Gerardo de la Torre Morán; Dalia Abril Guzmán Gastelum; Juan Carlos Cuevas González; Alejandro Donohue Cornejo.  
Departamento de Estomatología, Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Chihuahua, México

**INTRODUCCIÓN:** El fibroma odontogénico central (FOC) es una neoplasia benigna rara de presentación intraósea, que se caracteriza por presentar epitelio odontogénico inactivo dentro de un estroma fibroso maduro. Representa el 1.5% de los tumores odontogénicos. El rango de edad de presentación es de 5 a 80 años, con una media de 37 años y predominio en el sexo femenino de 2.8:1 sobre el sexo masculino. La localización de mayor frecuencia es en posterior en mandíbula y anterior en maxilar. Histológicamente existen dos variantes: a) el tipo simple, que contiene escaso epitelio odontogénico, y b) el tipo complejo (tipo OMS), el cual presenta abundantes islas y cordones de epitelio odontogénico, los dos tipos pueden o no presentar calcificaciones.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Se presenta paciente femenina de 46 años con lesión radiolúcida asociada a diente retenido, asintomática, la cual fue descubierta en radiografía tomada para tratamiento de ortodoncia.

**DISCUSIÓN:** En ocasiones la localización de las lesiones nos hacen pensar en diversos diagnósticos diferenciales que suelen ser más frecuentes. Muchos autores refieren que el fibroma odontogénico es parte de un folículo dental hiperplásico, más que una verdadera neoplasia. Algunos autores han recalcado las dificultades para determinar si una proliferación fibrosa de los maxilares sea de origen odontogénico. La gran mayoría de las lesiones mandibulares se presentan como una lesión bien circunscrita radiolúcida y unilocular, y cuando está asociado a un diente retenido, el primer diagnóstico diferencial es de quiste dentífero, como nuestro caso.

**CONCLUSIONES:** A pesar de su baja frecuencia, el fibroma odontogénico central puede presentarse con diferentes formas radiográficas y sitios anatómicos, debido a esto no suele ser contemplado dentro de los diagnósticos diferenciales. Sin embargo al observar una imagen radiolúcida en mandíbula, zona posterior o anterior en maxilar, con una media de edad de 37 años, se debe de considerar.

## CCCP-03

### AMELOBLASTOMA UNQUÍSTICO. REPORTE DE UN CASO

Carlos Isaías Medina Silva; Celina Ceballos Sáenz; Miguel Ángel de León Terrazas; Jaqueline Rodríguez Hernández; Horacio De León Cruz.  
Departamento de Estomatología, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez  
Práctica privada

**INTRODUCCIÓN:** El ameloblastoma es un tumor odontogénico benigno de origen epitelial, de crecimiento lento y localmente agresivo que surge de los restos de la lámina dental y del epitelio odontogénico, se clasifica en cinco variantes: periférico, unquístico, convencional, adenoide y metastásico. El ameloblastoma unquístico se presenta de manera intraósea con mayor frecuencia en la zona de molares mandibulares y rama ascendente, asociado a dientes retenidos, generalmente es asintomático, sin embargo, puede producir asimetría facial. Histológicamente es un tumor revestido de epitelio ameloblástico el cual se clasifica en los subtipos luminal, intraluminal y mural, en alrededor de la mitad de los casos diagnosticados como ameloblastoma unquístico se ha encontrado componente mural con un comportamiento agresivo.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 28 años de edad, el cual presenta área radiolúcida localizada en cuerpo mandibular derecho asociado a tercer molar con bordes bien definidos. Se realizó la biopsia escisional, en el estudio histopatológico se obtuvo el diagnóstico de ameloblastoma unquístico intraluminal con infiltración mural.

**DISCUSIÓN:** El ameloblastoma unquístico se presentan en la segunda década de la vida con un rango de edad de 1 a 79 años, es una lesión cuyas características clínicas y radiográficas son similares a las de un quiste, por tal motivo el estudio histopatológico es de vital importancia; así como determinar el subtipo, ya que la variante mural requiere tratamiento quirúrgico agresivo; mientras que en las variantes luminal e intraluminal el tratamiento es la enucleación y curetaje.

**CONCLUSIONES:** El ameloblastoma unquístico se debe considerar como diagnóstico diferencial en lesiones asociadas a órganos dentarios retenidos. Es un tumor con alta capacidad de recidiva por lo que es necesario trabajo interdisciplinario para establecer el diagnóstico histopatológico, tratamiento adecuado y seguimiento a largo plazo.

## CCCP-04

### OSTEOMIELITIS CRÓNICA SUPURATIVA EN MAXILAR: REPORTE DE UN CASO

José Luis Osornio Rojas; José Luis Trejo Campos; Juan Carlos Cuevas González; Alejandro Donohue Cornejo; Alma Graciela García Calderón; María Verónica Cuevas González.  
Departamento de Estomatología, Programa de Cirujano Dentista, Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez  
Práctica privada, Cirugía Maxilofacial, Ciudad Juárez Chihuahua, México

**INTRODUCCIÓN:** La osteomielitis es una enfermedad ósea inflamatoria relacionada a un origen infeccioso de tipo bacteriano, que involucra el tejido duro. El cuadro clínico se caracteriza generalmente por la presencia de fístulas, dolor intenso, inflamación, movilidad de los dientes involucrados en la zona afectada, fiebre y edema. El tratamiento consiste en terapia farmacológica y desbridamiento quirúrgico.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenino de 65 años se presenta por aumento de volumen de un año de evolución, con presencia de secreción purulenta a nivel de tercer molar superior izquierdo, radiográficamente se apreciaba secuestros óseos y una zona radiolúcida amplia. La paciente es ingresada a quirófano y el tejido es procesado histopatológicamente para confirmar el diagnóstico.

**DISCUSIÓN:** La osteomielitis crónica tiene predilección por la mandíbula y comúnmente afecta la metafisis de huesos largos. El presente caso se manifestó en maxilar a nivel del tercer molar izquierdo, con amplias áreas de afectación, cabe recalcar que mientras el diagnóstico se realice de manera temprana el proceso se puede controlar de mejor manera y con tratamientos menos agresivos. Los

datos clínicos que orientaban a infección bacteriana fueron; mucosa café, fétida, fistulas e hiperemia. Hasta una vez que se establece el tratamiento se puede esperar una mejoría notable del padecimiento.

**CONCLUSIONES:** El desarrollo de la osteomielitis es multifactorial, el uso de antibióticos acompañado de procedimientos quirúrgicos es fundamental para lograr control del proceso infeccioso y resolución gradual del mismo.

## CCCP-05

### AMELOBLASTOMA PERIFÉRICO: REPORTE DE UN CASO

Rocío Sellenne Romero Servin; Francisco Germán Sánchez Villanueva; Alberto Flores Longoria.  
Departamento de Patología Oral y Maxilofacial, Universidad Autónoma de México campus León, Guanajuato  
Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital General Regional 58, IMSS, León, Guanajuato

**INTRODUCCIÓN:** El ameloblastoma es un tumor odontogénico de origen epitelial, es una verdadera neoplasia del órgano del esmalte que no sufre diferenciación hasta el punto de formar esmalte, mientras que el ameloblastoma periférico (AP) es el análogo de tejidos blandos del ameloblastoma intraóseo, este no invade hueso subyacente. Representa el 1-5% de todos los ameloblastomas. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 52 años de edad, el cual presenta aumento de volumen en región retromolar de evolución desconocida. En el examen intraoral, crecimiento difuso en región retromolar y mucosa yugal de lado derecho, de consistencia firme, de color similar a tejidos adyacentes. En el estudio de imagen con tomografía contrastada se observaba una zona hipodensa a tejidos blandos de forma oval en región de cuerpo y rama de la mandíbula de lado derecho. Se realiza escisión quirúrgica de la lesión para su análisis histopatológico. El estudio histopatológico reveló una lesión tumoral odontogénica que presentaba epitelio odontogénico que recuerda el órgano del esmalte, con células columnares o cuboidales, núcleos hipercromáticos con polarización inversa, el centro de los folículos se visualiza metaplasia escamosa con patrón acantomatoso. Dando el diagnóstico final de ameloblastoma periférico.

**DISCUSIÓN:** AP clínicamente puede confundirse con un tumor de glándulas salivales, tumor de origen muscular, carcinoma u otro de origen mesenquimal, y esto hace difícil el diagnóstico basado sólo en hallazgos radiográficos. El involucro de hueso solo ha sido reportado en algunos casos de AP y ha sido el resultado de la presión que ejerce el tumor hacia el hueso.

**CONCLUSIONES:** AP puede mostrar características histológicas idénticas al ameloblastoma intraóseo, usualmente se trata con cirugía conservadora supra perióstica. Se recomienda seguimiento a largo plazo para la detección de recurrencias locales y transformación metastásica.

## CCCP-06

### PACIENTE FUMADOR CON TUMORACIÓN EN PISO DE BOCA. REPORTE DE UN CASO

Héctor Rodrigo Magallón Martínez; Mariana Cristina Barrón Márquez; Natalie Zárate; José Sergio Zepeda Nuño.  
Maestría en Patología y Medicina Bucal, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara  
Práctica privada

**INTRODUCCIÓN:** Las lesiones de aspecto tumoral en piso de boca suelen ser un hallazgo clínico a partir de la presencia de sintomatología por parte del paciente. Estas lesiones tumorales pueden ser confundidas con aumentos de volumen ocasionados por obstrucciones de la permeabilidad de la luz de un conducto excretor de saliva.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Se presenta un paciente masculino de 60 años de edad con una lesión de aspecto tumoral acompañado de una zona ulcerada con datos de sangrado activo a la manipulación y de consistencia indurada a la palpación en el piso de la boca. La lesión se extiende de manera bilateral cerca de la región anterior del vientre de la lengua por debajo del frenillo lingual, la región ulcerada tenía contacto con una prótesis parcial removible que el paciente manipulaba con la lengua. El paciente en cuestión es fumador a razón de una cajetilla por día por más de 40 años y niega padecimientos crónico degenerativos. El inicio del padecimiento se lleva a cabo en el mes de Febrero, posteriormente es referido a la clínica de Patología y Medicina Bucal de la Universidad de Guadalajara y se realiza biopsia incisional de la zona de la lesión para llevar a cabo el procesamiento del tejido y posteriormente el estudio histopatológico. Actualmente el paciente se encuentra libre de lesión bajo seguimiento clínico.

**DISCUSIÓN:** Los tumores de cabeza y cuello pueden ser localmente invasivos y a su vez pueden generar múltiples incomodidades tanto estéticas como funcionales por lo cual es de suma importancia realizar el diagnóstico histopatológico y la correlación clínica de la lesión para realizar el abordaje adecuado uni o multidisciplinario para la resolución del padecimiento del paciente.

**CONCLUSIONES:** Se reportan hallazgos histopatológicos de un caso COCE en paciente con hábito tabáquico por más de 40 años.

# CASO CLÍNICO

## LIBRE

### CCCLB-01

#### OSTEOMIELITIS POR MUCORMICOSIS EN MAXILAR A PROPÓSITO DE CUATRO CASOS CLÍNICOS

Gerardo Meza García; Ana Elizabeth García Salinas; Enrique Antonio Martínez Martínez; Enrique Leyva Díaz; Risk Díaz Castillejos; Martín Daniel Isais Esquivel.

Escuela de Odontología, Universidad Regional del Sureste  
Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca  
Cirujano Dentista, práctica particular

**INTRODUCCIÓN:** La osteomielitis por mucormicosis (OMM) en maxilar es una infección aguda causada por hongos oportunistas. Se adquiere principalmente por esporas que viajan a través del aire.

**PRESENTACIÓN DE LOS CASOS:** Paciente 1) femenino de 54 años de edad, al momento de la exploración se observa hueso necrótico expuesto, de región molar a región canina en maxilar izquierdo, sin presencia de inflamación, en tejido blando circundante, ni supuración en tejido óseo, paciente con diabetes descompensada, el diagnóstico histológico fue OMM. Paciente 2) femenino de 37 años de edad presenta lesión en el maxilar derecho, el paciente refiere dolor en la zona de los premolares superiores derecho, un odontólogo le extrae los OD 14 y 15, pero la herida no sana, presenta movilidad en los dientes de la hemiarcada superior derecha, el diagnóstico fue OMM. Paciente 3) femenino de 53 años de edad, al momento de la exploración intraoral se observa tejido óseo de consistencia suave similar a "papel mojado", la localización del tejido duro es adyacente al órgano dentario 16 y zona edéntula de OD 14 y 15, con diagnóstico de OMM. Paciente 4) masculino de 62 años de edad, la localización de la lesión es en la región central del paladar duro presenta un aumento de volumen con un mes de evolución aproximadamente, refiere dolor en hemicara lado derecho, refiere inflamación sobre proceso alveolar en hemimaxilar lado derecho y movilidad dentaria, paciente aparentemente sano, en la TAC se observa seno maxilar derecho ocupado en un 80%, el diagnóstico fue OMM.

**DISCUSIÓN:** Los cuatro casos clínicos presentados tienen una estrecha relación entre sí ya que estos pacientes presentaron la lesión en el maxilar y todos los casos fueron durante la pandemia por COVID-19.

**CONCLUSIONES:** La mucormicosis es una infección fúngica agresiva que en maxilar causa Osteomielitis y necrosis de los maxilares.

### CCCLB-02

#### CARCINOMA AMELOBLÁSTICO PRIMARIO EXTRAÓSEO

Roberto García Rejas; Vania Frías Cabrera; Naya Canedo García; Palmira Barriga Cano; Yolanda Canqui Condori.

Departamento de Patología Oral y Maxilofacial, Facultad de Odontología, Universidad del Valle (Univalle)  
Laboratorio Integral de Anatomía-Patológica-Histopat

**INTRODUCCIÓN:** La variante maligna del ameloblastoma periférico denominado como carcinoma ameloblástico extraóseo o de tipo periférico según la Organización Mundial de la Salud (WHO) es considerado como extremadamente raro, por tanto, presentamos un caso de paciente con carcinoma ameloblástico primario extraóseo localizado en la mucosa yugal derecha.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de 35 años, masculino, se presenta en el servicio de cirugía oral y maxilofacial con abultamiento indoloro hace tres meses, en región de la mucosa yugal derecha tercio medio/posterior, con antecedentes de hemi-mandilectomía derecha por ameloblastoma hace ocho años atrás, hace cuatro años presentó exposición de placa intra/extra oralmente, fue sometido a cirugía para corrección estética/funcional y sin datos de recidiva tumoral. Se realiza la biopsia exploratoria con posterior estudio histopatológico que revela fragmento de neoplasia maligna de origen epitelial que exhibe diferenciación odontogénica constituida por islas y cordones anastomosados en un patrón folicular/plexiforme con células con aspecto basaloide, columnar a fusiforme dispuestos en empalizada donde se distingue atipia celular con áreas centrales semejantes al retículo estrellado del órgano del esmalte, dentro de un estroma de tejido conjuntivo fibroso denso vascularizado. Se destaca con carácter de importancia para el diagnóstico la presencia de epitelio de revestimiento superficial con acantosis en continuidad con la diferenciación epitelial neoplásica en dirección hacia el tejido

conjuntivo subyacente. Se realizó la marcación inmunohistoquímica para citokeratinas, ki67 y p63.

**DISCUSIÓN:** La frecuencia inusual del carcinoma ameloblástico extraóseo primario sumado a la localización atípica y antecedentes de nuestro caso nos vislumbra diversas posibilidades de diagnóstico, influyendo en el tratamiento y pronóstico para el paciente.

**CONCLUSIONES:** El comportamiento biológico del carcinoma ameloblástico extraóseo primario-secundario es poco comprendida en la actualidad por la poca cantidad de casos relatados. La importancia de técnica quirúrgica durante la biopsia, así como el análisis minucioso del estudio histopatológico son necesarios para un correcto diagnóstico.

### CCCLB-03

#### CARCINOMA NUT INTRAORAL. REPORTE DE UN CASO

Fabián Ocampo Acosta; Daniel Cerrillo Lara; Jorge Paredes Vieyra.  
Facultad de Odontología Tijuana, Universidad Autónoma de Baja California

**INTRODUCCIÓN:** El carcinoma NUT de línea media es una neoplasia maligna desdiferenciada de origen epitelial que se presenta en diversas regiones del cuerpo con una clara tendencia a presentarse hacia la línea media. Aunque se describió inicialmente en niños, afecta a personas de todas las edades. Aproximadamente un 35% involucran cabeza y cuello, altamente agresivo con supervivencia media menor a un año posterior al diagnóstico. Histológicamente se observan células primitivas redondas y azules con queratinización abrupta. Se observa traslocación del gen NUT.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Femenino de 66 años se presenta a consulta por aumento de volumen con mucosa ulcerada, asintomático, desconociendo tiempo de evolución, en paladar blando línea media con crecimiento endofítico. Posterior a TAC se indica biopsia incisional. Microscópicamente se observan células indiferenciadas de aspecto redondas, pequeñas y basófilas formando islas sólidas que individualmente son monótonas, uninucleares, cromatina fina, nucleolos evidentes, mitosis aumentadas y anormales con células apoptóticas; en otras áreas con aspecto fusiforme. Se observa invasión perineural y permeación vascular. Se indica panel de inmunohistoquímica amplio siendo positivo para NUT1. Se diagnostica carcinoma NUT y se refiere a oncología. La paciente fallece iniciando quimioterapias.

**DISCUSIÓN:** El diagnóstico de carcinoma NUT es un reto por las entidades clínico patológicas que deben ser consideradas, incluyendo lesiones metastásicas, sarcoma de Ewing extra esquelético, entre otras. El manejo deberá ser multidisciplinario, aunque el pronóstico sea pobre.

**CONCLUSIONES:** Se reporta un caso de carcinoma NUT intraoral resaltando marcadores de inmunohistoquímica para su diagnóstico.

### CCCLB-04

#### SÍNDROME VULVOVAGINAL-GINGIVAL ASOCIADO A LIQUEN PLANO, REPORTE DE CASO

Julio César Aguilar Flores; María Elisa Vega Memije; Claudia Gasca Ruiz.  
Servicio de Patología, Hospital General "Dr. José María Rodríguez", Instituto de Salud del Estado de México, Jurisdicción Ecatepec  
Departamento de Dermatología, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Secretaría de Salud, Ciudad de México  
División de Ginecología y Obstetricia, Hospital General "Dr. José María Rodríguez", Instituto de Salud del Estado de México, Jurisdicción Ecatepec

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome vulvovaginal-gingival(SVVG) es una variante infrecuente y grave del liquen plano, forma cicatrices y estenosis, de curso evolutivo benigno aunque en ocasiones puede malignizar.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Femenino de 52 años, sin enfermedades sistémicas, refirió "encías rojas", "dolor constante y progresivo a la masticación y habla", de un año y medio de evolución; distintos facultativos prescribieron antimicrobianos y analgésicos sin mejoría, la exploración bucal evidenció eritema generalizado en encía marginal y adherida (gingivitis descamativa), placas blancas bilaterales en fondo de saco y signo de Nicolsky positivo, no se observaron ampollas o vesículas, piel sin lesiones, al ampliar interrogatorio refirió dispareunia y haber recibido múltiples tratamientos para cérvico vaginitis sin mejoría, la exploración ginecológica mostro eritema en introito vaginal y labios menores, atrofia y placas blancas de aspecto reticular en vulva y labios menores, sin fetidez ni leucorrea, el estudio histopatológico en ambas zonas fue compatible con liquen plano, con diagnóstico de SVVG asociado a liquen plano, inicio tratamiento con prednisona, cubetas gingivales para aplicación de clobetasol y estricto tratamiento periodontal, a un año de seguimiento hay disminución de dolor en boca y vagina del 95% y remisión de lesiones, sin secundarismos importantes asociados al tratamiento.

**DISCUSIÓN:** El SVVG de etiología desconocida, asociado a una respuesta autoinmune y probable involucro hormonal y genético, el diagnóstico se sugiere por la clínica y se confirma con la histopatología.

**CONCLUSIONES:** El SVVG genera un alto impacto en la calidad de vida del paciente, este caso muestra como el estudio detallado de una lesión bucal permitió el diagnóstico y tratamiento temprano de este síndrome y disminuir la posibilidad de complicaciones. El manejo eficiente del SVVG es multidisciplinario.

## CCCLB-05

### ULCERACIÓN Y NECROSIS GINGIVAL SEVERA POR IATROGENIA MEDICAMENTOSA CON ANTITIROIDEOS

Michelle Wendoline García Niño de Rivera; Víctor Hugo Toral Rizo; Óscar Ramos Carrillo; Michelle Monserrat Ramos Ocegueda; Mayra Janeth Ramos Ocegueda; Óscar Manuel Ramos Ocegueda.

Clínica Orocentro, Facultad de Odontología, Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx), Toluca de Lerdo, México

Unidad Académica de Odontología, Universidad Autónoma de Nayarit

Práctica privada, Clínica Novellident

Maestría en Implantología, Facultad Ilapeo

**INTRODUCCIÓN:** La ulceración y necrosis gingival difusa puede ser causadas por terapia antitiroidea neutropenia o agranulocitosis local o sistémica.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Mujer de 49 años, que acude a consulta por lesiones gingivales. Diagnosticada con hipertiroidismo presenta valores de laboratorio: T3=4.26nmol/l, TSH ultrasensible=0.053mUI/ml, tratada inicialmente con Tiamazol (5mg) cada 12 horas, posteriormente cambio a 10mg, propranolol (10mg) cada 24 y 12 horas respectivamente, prednisona (5mg) y Cimifuga racemosa cada 24 horas. Acude a consulta por presentar lesión de 15 días de evolución, intraoralmente se observa úlcera necrotizante en región mandibular a nivel de encía, extendiéndose del órgano dentario 33 al 44, los bordes son eritematosos, la encía lingual presenta zona isquémica con misma extensión y dolor intenso. Con diagnóstico clínico de ulceración y necrosis gingival difusa por antitiroideos se dan recomendaciones higiénicas y se refiere a endocrinología, quien solicita nuevos estudios de laboratorio, con resultandos normales, se suspenden los antitiroideos. Tres semanas después las lesiones desaparecen y se confirma el diagnóstico. Actualmente sin recidiva de lesiones.

**DISCUSIÓN:** La ulceración y necrosis gingival repentina puede aparecer seis semanas después de la ingesta de tiamazol, sugiriendo agranulocitosis y neutropenia. La confirmación temprana del efecto del tiamazol y la suspensión temprana del medicamento son los primeros pasos para la recuperación. La reducción de la carga bacteriana y el mantenimiento de una higiene oral aceptable son importantes para controlar la enfermedad. Existe evidencia de susceptibilidad genética en ciertas poblaciones. Varios alelos, como el antígeno leucocitario humano (HLA) DRB1\*08:03, HLA-B\*27:05 y HLA-B\*38:02:01, están asociados con la susceptibilidad a la agranulocitosis inducida por Tiamazol.

**CONCLUSIONES:** El cirujano dentista debe estar preparado para reconocer las complicaciones orales causadas por neutropenia y agranulocitosis inducidas por la ingesta de fármacos, lo que permitirá establecer un correcto diagnóstico y una rápida atención médico-odontológica.

## CCCLB-06

### PAPILOMATOSIS BUCAL EN UNA ADOLESCENTE DIABÉTICA

Rebeca Guzmán Medrano; Celeste Saldaña Guzmán; Silvia Medrano Rodríguez.

Unidad de Morfofisiología, Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Chihuahua

División de Inmunoneuroendocrinología y Patogénesis Molecular, Lat&invest, Chihuahua

**INTRODUCCIÓN:** La diabetes mellitus tipo 2 exhibe, actualmente, proporciones epidémicas en edades tempranas asociándose con el aumento en la frecuencia y gravedad de diversos procesos infecciosos pues el sistema inmune del diabético se debilita. La papilomatosis bucal es una alteración de origen viral en que varias lesiones exofíticas benignas aparecen en boca y faringe.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** En este trabajo, presentamos el caso de una paciente de 13 años de edad con diabetes mellitus tipo 2 que acudió a consulta presentando dos lesiones en el borde interno del labio inferior y tres en la superficie lingual. Estas lesiones eran elevadas, sésiles, de color rosa pálido, bordes definidos, consistencia firme y de entre 5 y 8mm en su diámetro mayor. El diagnóstico clínico de papilomatosis bucal, se confirmó al realizar biopsias excisionales de las cinco lesiones que, al microscopio, revelaron ser lesiones benignas constituidas por epitelio plano estratificado, paraqueratinizado, acantósico y con coilocitos e infiltración linfoplasmocitaria moderada. Con PCR, se identificaron los subtipos 3, 6 y 11 del virus del papiloma humano en estas lesiones. A cinco meses del tratamiento, ni las primeras lesiones han retornado ni han aparecido lesiones nuevas.

**DISCUSIÓN:** Se ha reportado que la papilomatosis bucal es más frecuente en pacientes jóvenes o con alguna deficiencia inmunológica coincidiendo con las características de nuestra paciente. Análisis previos de esta alteración señalan su importancia clínica pues podría predisponer al desarrollo de cáncer bucal.

**CONCLUSIONES:** La diabetes Mellitus tipo 2 favorece la aparición de enfermedades infecciosas como la papilomatosis bucal que debe ser estudiada para su mejor manejo.

CCCLB-07

SÍNDROME DE SINOVITIS, ACNÉ, PUSTULOSIS, HIPEROSTOSIS Y OSTEÍTIS  
EN UNA PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Rebeca Guzmán Medrano; Samanta Saldaña Guzmán; Silvia Medrano Rodríguez.  
Unidad de Morfofisiología, Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Chihuahua  
División de Inmunoneuroendocrinología y Patogénesis Molecular, Lat&invest, Chihuahua

**INTRODUCCIÓN:** La diabetes mellitus tipo 2 se manifiesta con alteraciones poco frecuentes en pacientes saludables. El síndrome de Sinovitis, Acné, Pustulosis, Hiperostosis y Osteítis, (SAPHO), es una enfermedad poco común presentándose con alteraciones cutáneas, óseas y articulares y siendo difícil diagnosticarlo.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Presentamos el caso de una paciente de 29 años de edad con diabetes mellitus tipo 2 que presentaba dolor y aumento de volumen leves en el cuadrante posterior derecho mandibular de seis meses de evolución sin cambios notables. Los dientes y tejidos periodontales de la región afectada no exhibían alteraciones clínicas, pero en la ortopantomografía, se detectó aumento de la densidad ósea, reacción perióstica y focos de osteólisis cortical en esa área. No existían datos de inflamación ganglionar. Se realizó biopsia ósea reiterándose al análisis microscópico hueso esclerótico con moderado infiltrado linfoplasmocitario consistente con osteítis. Al coexistir acné y pustulosis palmoplantar, se diagnosticó síndrome SAPHO. Para tratar las alteraciones cutáneas, la paciente era atendida por un dermatólogo. Para el dolor se prescribieron 10mg de ketorolaco cada seis horas suspendiéndose a los siete días habiendo desaparecido, el dolor que, a 28 meses, no se ha vuelto a presentar.

**DISCUSIÓN:** Aunque es raro que el síndrome SAPHO afecte la mandíbula, existen algunos reportes coincidiendo con nuestra paciente. Además, diversos estudios señalan que los diabéticos como esta paciente, son más propensos a alteraciones cutáneas y óseas.

**CONCLUSIONES:** La relación entre diabetes mellitus y el síndrome SAPHO requiere ser estudiada para su mejor comprensión y manejo.

CCCLB-08

DOS CASOS DE GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA SUBSECUENTE A PITIRIASIS  
EN ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

Rebeca Guzmán Medrano; Samanta Saldaña Guzmán; Silvia Medrano Rodríguez.  
Unidad de Morfofisiología, Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Chihuahua  
División de Inmunoneuroendocrinología y Patogénesis Molecular, Lat&invest, Chihuahua

**INTRODUCCIÓN:** La glositis migratoria benigna es una condición inflamatoria idiopática que, usualmente, no requiere tratamiento. La pitiriasis es una dermatosis que, mayoritariamente, no exhibe manifestaciones bucales. La diabetes mellitus tipo 1 es una enfermedad autoinmune relacionada con varias alteraciones cutáneas y bucales, pero la asociación de estos tres padecimientos no se ha reportado.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Dos pacientes femeninos de 14 y 15 años con diabetes mellitus tipo 1 acudieron a consulta presentando disgeusia, disfagia y sensación de "quemazón" en la región anterolateral lingual. Intraoralmente, ambas pacientes mostraban zonas hiperqueratósicas irregulares y áreas eritematosas depapiladas. Al microscopio, se descartó candidiasis diagnosticándose glositis migratoria benigna y prescribiéndose, triamcinolona tópica al 0.1% por una semana iniciando, entonces, su disminución hasta suspenderla cuatro semanas después habiéndose resuelto las lesiones bucales en ambas pacientes quienes habían presentado, aproximadamente ocho semanas antes del comienzo de los síntomas bucales, lesiones cutáneas eritematosas en tórax y abdomen diagnosticadas como pitiriasis y tratadas con hidrocortisona tópica al 1% con curación cutánea completa. A dos y cuatro meses de terminar el tratamiento de las lesiones linguales no han aparecido nuevas lesiones cutáneas o bucales en ninguna de estas pacientes.

**DISCUSIÓN:** Aunque la asociación conjunta de los padecimientos presentados aquí no parece haber sido analizada previamente, existen numerosos reportes de la presentación de dermatosis y condiciones inflamatorias bucales en personas diabéticas como nuestras pacientes.

**CONCLUSIONES:** El análisis de la posible relación entre glositis migratoria benigna, pitiriasis y diabetes mellitus tipo 1 podría permitir su mejor comprensión y manejo.

CCCLB-09

## MIOFIBROMA EN ADOLESCENTE CON ÉNFASIS EN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS. REPORTE DE CASO

Sandra Guadalupe Góngora Renderos; Alicia Rumayor Piña; Florence Juana María Cuadra Zelaya; Salvador Eladio Meléndez.  
Facultad de Odontología, Universidad de El Salvador  
Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Coahuila-Salttillo

**INTRODUCCIÓN:** Los miofibromas son neoplasias raras de tejido fibroso constituido por miofibroblastos, se presentan principalmente en cabeza y cuello, poco frecuentes a nivel intraoral. El objetivo es presentar un caso de Miofibroma en un adolescente con relación a sus características clínicas e histopatológicas.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Masculino de 17 años con tumoración de un mes de evolución, de tres centímetros en zona retromolar derecha, eritematosa y ulcerada asociado a la 4-7, la cual presenta movilidad e irritante local. La radiografía panorámica mostró erosión superficial distal al diente 4-8 no erupcionada y la pieza 4-7 con ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal y pérdida ósea severa de la cresta alveolar por distal. De acuerdo con los hallazgos clínicos y radiográficos, el diagnóstico diferencial fueron granuloma piógeno, tumor mesenquimal benigno y osteosarcoma. Se realizó biopsia incisional observándose acúmulos entrelazados de células fusiformes con núcleos de extremos romos, citoplasma eosinófilo con áreas vasculares con apariencia de hemangiopericitoma, en un estroma colagenizado y áreas mixoides, sin signos de malignidad; por lo que se planteó como Tumor mesenquimal benigno de estirpe a determinar. Se realizó extirpación quirúrgica completa con los mismos resultados histopatológicos. Los estudios de inmunohistoquímica resultaron positivos para vimentina y actina músculo liso, negativos para desmina y con un Ki-67 del 5-8%, estableciendo el diagnóstico final de Miofibroma.

**DISCUSIÓN:** Los miofibromas son lesiones raras generalmente asintomáticas, presentándose comúnmente en pacientes jóvenes, caracterizándose por su rápido crecimiento. El análisis histopatológico de estas lesiones requiere estudios de inmunohistoquímica para diagnóstico definitivo. Los criterios clínicos junto con los hallazgos histopatológicos pueden generar impresiones diagnósticas iniciales de neoplasias agresivas.

**CONCLUSIONES:** Los miofibromas representan un reto diagnóstico desde la clínica hasta su estudio bajo el microscopio debido a su baja frecuencia, siendo necesario la presentación de estos casos para divulgar sobre su comportamiento clínico y características histopatológicas.



# CASO CLÍNICO

## LICENCIATURA

CCOL-01

### RABDOMIOSARCOMA DEL ADULTO EN MUCOSA ORAL

Alessandra Cruz Díaz; Gerardo Meza García; Víctor Hugo Toral Rizo; Risk Díaz Castillejos.  
Escuela de Odontología, Universidad Regional de Sureste  
Facultad de Odontología, Universidad Autónoma del Estado de México  
Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Benito Juárez

**INTRODUCCIÓN:** El rhabdomyosarcoma es una neoplasia maligna del músculo estriado, se localiza frecuentemente en cabeza y cuello, afectan por igual a ambos sexos. Los tumores suelen ser fijos, duros y es común que estos se ulceren.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Hombre de 33 años que acude a consulta por presentar un tumor con dos meses de evolución que se encuentra localizado en mucosa de la región bucal izquierda, de crecimiento paulatino, consistencia indurada, refiere dolor en la zona afectada, siendo asintomático a la palpación, color eritematoso con zonas de trauma por mordedura, es de base sésil, negativa a punción exploratoria, en el estudio de imagen no hay lesiones líticas, sin desplazamiento de órganos dentarios ni resorción, el paciente refiere ser fumador. Se toma una biopsia incisional del tumor, en el estudio histopatológico se encuentran células fusiformes en patrón fascicular, con hiperchromatismo y pleomorfismo, también en patrón de empaquetados, en algunas zonas se aprecia estroma fibroso y en otra mixoide, presenta infiltración a tejido muscular estriado. Se utilizó de inmunohistoquímica, siendo positivo a desmina, vimentina, Myo-D1, miogenina, KI-67 y negativo a SMA, S-100, CKAE1/3 y AML, confirmando el diagnóstico de rhabdomyosarcoma. Se envía para tratamiento oncológico definitivo

**DISCUSIÓN:** El rhabdomyosarcoma es una neoplasia rara, sólo un 35 % surge en cabeza y cuello, se localiza más comúnmente en la región parameningea, órbita, nasofaringe, senos paranasales, oreja y cuello. Histopatológicamente las células tumorales adquieren aspecto de renacuajo, con núcleo pleomorfo y cola citoplasmática eosinófila.

**CONCLUSIONES:** El rhabdomyosarcoma en mucosa oral es poco frecuente en adultos, representan menos del 1% de todos los tumores malignos, se requiere estudios de inmunohistoquímica para hacer el diagnóstico histológico adecuadamente.

CCOL-02

### LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS B GRANDES: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Rebeca del Rocío Carrillo Cervantes; Joel Gómez Torres; Juan Carlos Cuevas González; Alejandro Donohue Cornejo; Alma Graciela García Calderón; Dalia Abril Guzmán Gastelum.  
Departamento de Estomatología, Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez  
Facultad de Odontología, Universidad Juárez del Estado de Durango

**INTRODUCCIÓN:** Los linfomas son neoplasias malignas del tejido linfoide que se pueden originar de diversas células. La clasificación actualmente utilizada es la publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2008, revisada en 2016. El linfoma difuso de células B grandes clínicamente se presenta como una masa tumoral de rápido crecimiento, de carácter agresivo y puede presentarse extra ganglionariamente.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 66 años acude a consulta al servicio de cirugía maxilofacial, por presentar tumor de cinco centímetros de diámetro en borde anterior de lado derecho del paladar, doloroso a la deglución, ulcerado y con necrosis central. No refiere traumatismo previo y niega tabaquismo. Anteriormente había sido tratado como infección desde hacía cuatro meses (penicilina y paracetamol), refirió pérdida de peso en los últimos seis meses, cansancio y mareo. Se tomó biopsia y el diagnóstico histopatológico fue corroborado con inmunohistoquímica (anticuerpos CD19 y CD20).

**DISCUSIÓN:** El linfoma difuso de células B grandes es la forma más común del linfoma no Hodgkin y representa del 30-40% de todos los

casos, predomina en adultos de edad avanzada, con un pico de incidencia en la séptima década de vida, con ligera predilección por el sexo masculino y suele afectar a pacientes inmunocomprometidos.

**CONCLUSIONES:** El linfoma difuso de células B grandes representa un gran porcentaje de los linfomas no Hodgkin, debido a su carácter agresivo y a su diseminación hematogena es importante identificar correctamente las manifestaciones orales y extraorales que puede presentar. Es indispensable la correcta exploración de la cavidad bucal y la integración de las características clínicas para de esta manera identificar aquellos casos en donde se requiere estudio histopatológico y poder llegar así a un diagnóstico correcto y oportuno.

## CCOL-03

### HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS, PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Katia Rojas Sosa; Mauricio Ayala Bernal; Yamely Ruíz Vázquez; Ana María Cano Valdéz; Beatriz Catalina Aldape Barrios.

Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México

Cirugía maxilofacial, práctica privada

Universidad Autónoma Metropolitana y Patología y Medicina Bucal, práctica privada

Departamento de Patología Quirúrgica, Instituto Nacional de Cancerología

**INTRODUCCIÓN:** Las células de Langerhans son células presentadoras de antígeno que se encuentran en la epidermis, y que por su linaje fagocítico también son llamadas histiocitos. El uso del microscopio electrónico para observar la presencia de los cuerpos de Birbeck fue sustituida por técnicas de inmunohistoquímica, donde se distinguen antígenos como la CD1a+ y CD207+ (langerina). La histiocitosis de células de Langerhans es una enfermedad rara que abarca la enfermedad de Hand-Schüller-Christian, enfermedad de Letterer-Siwe y granuloma eosinófilo. Se caracteriza por una proliferación anormal de células de Langerhans en el tejido conectivo y se presenta en cualquier órgano. Una mutación del gen BRAF V600E en un 50% de los casos explica el descontrol de la proliferación de estas células.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de seis años, asintomático, cuya radiografía presenta una lesión radiolúcida de bordes difusos en el lado posterior izquierdo de la mandíbula. Se realiza biopsia escisional y con técnica de inmunohistoquímica se registra CD1a positiva con diagnóstico de histiocitosis de células Langerhans. Se realizaron estudios complementarios generales con un oncólogo descartando enfermedad sistémica, con posterior seguimiento.

**DISCUSIÓN:** La histiocitosis de células de Langerhans es una neoplasia de células precursoras mieloides, cuyas manifestaciones clínicas varían desde lesiones regionales autorresolutivas a daño multisistémico que puede provocar la muerte. La lesión está limitada a la mandíbula, sin afectación de otros órganos. La afectación de huesos largos, vértebras y de otras zonas del cráneo es más probable que en maxilar y mandíbula. Aunque es una entidad rara, se presenta más en los primeros cuatro años de vida y es ligeramente más frecuente en hombres. En análisis histopatológico, se determinó la presencia de histiocitos y abundantes eosinófilos en la lesión.

**CONCLUSIONES:** Para confirmar el diagnóstico de histiocitosis de células de Langerhans siempre es necesario el uso de técnicas de inmunohistoquímica.

## CCOL-04

### DISPLASIA CEMENTO ÓSEA FOCAL ATÍPICA. REPORTE DE UN CASO

Luis Orlando Quintana Carrasco; Daniela Muela Campos; Alexis Álvarez Ramírez; Ángel Gustavo Bernal Treviño; Carlos Esteban Villegas Mercado.

Laboratorio de Patología y Medicina Bucal, Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Chihuahua

**INTRODUCCIÓN:** La displasia cemento ósea focal (DCOF) es una lesión benigna, idiopática caracterizada por el remplazo de tejido óseo a tejido conectivo con variables cantidades de tejido mineralizado. La DCOF se identifica comúnmente como hallazgo imagenológico, principalmente en mujeres mayores de 35 años, y se ubican característicamente en zona de molares inferiores. Su diagnóstico es clínico-imagenológico y no necesita tratamiento.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Femenino de 21 años referida por ortodoncista para segunda opinión de tratamiento de hallazgo radiográfico en molares inferiores a quien previamente le plantearon realizar endodoncia de los dientes adyacentes y biopsia excisional. A la exploración imagenológica se identifica zona hipodensa con zona central hiperdensa, en región apical de primer molar inferior derecho con leve expansión de la cortical lingual. Al realizar la correlación clínico-imagenológica se plantea el diagnóstico presuntivo de DCOF y se sugiere valoración imagenológica semestral. A los dos años se identificó aumento de hiperdensidad y la paciente por causas

personales decidió realizar biopsia incisional, el estudio histopatológico indicó características histológicas de DCOF. Se corrobora el diagnóstico histológicamente y se continúa con valoración imagenológica.

**DISCUSIÓN:** La DCOF es una lesión benigna y se desconoce su etiopatogenia, aunque generalmente se presenta entre los 30 y 50 años, el presente caso muestra una lesión de aparición temprana en paciente femenino de 20 años. La expansión y adelgazamiento de las corticales son hallazgos atípicos pero descritos en algunos reportes. Las DCOF no requieren tratamiento solo revisiones imagenológicas periódicas.

**CONCLUSIONES:** La DCOF es uno de los hallazgos imagenológicos comúnmente vistos en la consulta odontológica, es importante realizar el diagnóstico clínico-imagenológico certero para evitar tratamientos inadecuados.

## CCOL-05

### PROTOCOLO DE MANEJO ODONTOLÓGICO EN DOS CASOS DE CARCINOMA SINUNASAL: PRE-POST TRATAMIENTO EN 1ER. NIVEL DE SALUD

Cynthia Guadalupe Torres Ávalos; Martha Vianey Montaña González; Ixchel Araceli Maya García; Juan Carlos Cuevas González; Alejandro Donohue Cornejo; Guadalupe del Carmen Ordoñez Chávez.

Departamento de Estomatología, Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Campeche

Laboratorio de Patología y Medicina Bucal, Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Chihuahua

**INTRODUCCIÓN:** Un adecuado protocolo de manejo odontológico en primer nivel de salud es crucial, siempre que se apoye en guías de práctica clínica para estos casos. El objetivo es difundir este conocimiento con aplicación en dos casos de carcinoma sinusal, para reflexión del odontólogo de primer contacto.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Se presentan dos casos de carcinoma sinusal en pacientes masculinos, tratados erróneamente con exodoncias iniciales; pero la derivación a segundo nivel marco la diferencia en pronóstico. El primer caso fue un estadio avanzado e indiferenciado, mientras que el segundo, fue un diagnóstico oportuno con seguimiento a siete años.

**DISCUSIÓN:** Este tipo de neoplasia demarca un diagnóstico tardío por el odontólogo general en la literatura, debido a una incorrecta integración diagnóstica. Sin embargo, aplicar los protocolos de manejo odontológico en base a guías de práctica clínica, permiten la sospecha diagnóstica, con requerimiento de imagenología ideal y uso de coadyuvantes ante probable neoplasia maligna. Brindar una atención odontológica previa al manejo oncológico, evita complicaciones a futuro y el seguimiento a largo plazo de estos pacientes desde una perspectiva odontológica integral, se resume en tiempo y calidad de vida.

**CONCLUSIONES:** Difundir el conocimiento sobre protocolos de manejo odontológico en primer nivel de salud, es vital. El conocimiento sobre odontología oncológica permite diagnósticos oportunos, perspectivas integrales, que impactan en el diagnóstico temprano, tiempo y calidad de vida del paciente.

## CCOL-06

### PERINEUROMA ESCLEROSANTE EN CAVIDAD ORAL, REPORTE DE CASO

José Rodolfo Quiroz Gómez; Edith Lara Carrillo; Víctor Hugo Toral Rizo; Mario Sánchez Juárez; Violeta Evelyn Flores Solano; Saraí Carmina Guadarrama Reyes.

Clínica Orocentro, Facultad de Odontología, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca de Lerdo, Estado de México

Centro de Investigación y Estudios Avanzados en Odontología (CIEAO) "Dr. Keisaburo Miyata", Facultad de Odontología, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca de Lerdo, Estado de México

Enlace Estomatología, Instituto de Salud del Estado de México

**INTRODUCCIÓN:** El perineurioma es una neoplasia benigna de la vaina del nervio periférico que consiste en células fibroblásticas modificadas que asemejan al perineuro normal. Entre ellos encontramos el perineurioma esclerosante (PNE) un subtipo de los perineuriomas de tejidos blandos.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Mujer de 37 años, sin antecedentes médicos de importancia, presenta nódulo firme oval, liso, color similar a la mucosa, de 5mm, localizado en mucosa palatina de O.D. 12, asintomático, de tres años de evolución, al examen radiográfico no se observan alteraciones. Con diagnóstico clínico de hiperplasia fibrosa, se realiza biopsia excisional. El estudio histopatológico reporta la presencia de células fusiformes de citoplasma pálido en un patrón de cordones dentro de un estroma esclerótico. La inmunotinción es

positiva para GLUT-1 (para células endoteliales de barrera) Claudin1 (para perineuro) y negativo para S-100 (tumores de la vaina nerviosa), a 11 meses de seguimiento no se observan recidivas.

**DISCUSIÓN:** El PNE clínicamente se caracteriza por ser un nódulo o tumor solitario de lento crecimiento, su localización más común en manos. Se han reportado 41 casos de peri neuroma en cavidad oral, solo han sido tres de estos del subtipo PNE, lo cual muestra lo poco frecuente que es diagnosticado esta entidad. Dado su rareza este tumor puede ser difícil de diagnosticar para especialistas en salud bucal, histopatológicamente puede ser confundido con cualquier otro tipo de perineurona y aunque la inmunoreactividad del tumor no es específica marcadores como GLUT1, claudin1 y EMA son necesarios para que en correlación anatomopatológica se pueda diagnosticar esta enfermedad.

**CONCLUSIONES:** Se reporta mediante una confirmación inmunohistopatológica un tumor benigno raro en cavidad bucal, un perineuroma de subtipo esclerosante.

## CCOL-07

### REPORTE ESTRUCTURADO "APLICACIÓN A UN CASO DE CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS"

Jazmín Guadalupe García Sandoval; Karla Lizeth Santana Arenas; Mario Nava Villalba.

Licenciatura Cirujano Dentista, Departamento de Clínicas Odontológicas Integrales, Centro Universitario de Ciencias de la Salud  
Centro de Investigación y Diagnóstico en Patología, Departamento de Microbiología y Patología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud  
Universidad de Guadalajara

**INTRODUCCIÓN:** El reporte estandarizado es un método de registro sistematizado de las características clínicas e histopatológicas de lesiones malignas, con el cual podemos además de identificar las características propias de estas entidades para estudios epidemiológicos, permite dictar la toma de decisiones para los cirujanos oncólogos.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Masculino de 42 años de edad, acude a consulta odontológica en la cual se identifica como hallazgo clínico una úlcera en el borde bermellón inferior izquierdo con seis meses de evolución, por lo que se refiere a especialista, mismo que toma una biopsia incisional con hallazgos inespecíficos, aparentemente por mala orientación del espécimen, dándole seguimiento a la lesión por dos meses más bajo régimen de antibioticoterapia considerando una posible lesión infecciosa atípica; dada su persistencia se realiza una escisión quirúrgica y se somete a estudio histopatológico evidenciando un carcinoma de células escamosas de labio, bien diferenciado, queratinizante, invasor. Se desarrolló un reporte estandarizado con el cual se remite al servicio de oncología para ampliación de márgenes quirúrgicos, este se lleva a cabo sin evidencia de enfermedad residual, actualmente se encuentra en espera de terapia adyuvante (Radioterapia).

**DISCUSIÓN:** En el 2018 se propuso por el International Collaboration on Cancer Reporting (ICCR) la versión actual de reporte estandarizado en el que se detallan los elementos que lo estructuran, su aplicación técnica debe ser adoptada y difundida para su uso general. Cualquier hallazgo clínico con signos de malignidad debe ser descartado con exhaustividad.

**CONCLUSIONES:** Se reporta un caso de Carcinoma de Células Escamosas de labio, haciendo énfasis en la realización y conocimiento del reporte estandarizado.

## CCOL-08

### TUMOR DENTINOGÉNICO DE CÉLULAS FANTASMA SEMEJANDO LESIÓN PERIAPICAL. REPORTE DE UN CASO

Mario Eduardo Anaya King; Yamely Ruiz Vazquez; Beatriz Catalina Aldape Barrios; Rodolfo Ruiz Sam.

Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México  
Cirugía Maxilofacial, Chiapas

**INTRODUCCIÓN:** La clasificación de tumores odontogénicos del 2017 describe al tumor dentinogénico de células fantasma (DGCT siglas en inglés) como una neoplasia benigna odontogénica, representa menos del 1% de todos los tumores odontogénicos benignos, presenta una mutación en el gen CTNNB1, que codifica el producto proteico beta-catenina presente en otras lesiones de células fantasmas de cabeza y cuello.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Masculino de 38 años de edad con ligero aumento de volumen a nivel del diente 44, asintomático, tiempo de evolución desconocido. Imagenológicamente se observó una lesión radiolúcida unilocular, con bordes difusos, localizada entre las raíces del 46, de aproximadamente 1.4cm. Se realizó enucleación completa de la lesión, se envió a estudio histopatológico, se

observaron proliferaciones de islas de epitelio de tipo ameloblástico, con presencia de material mineralizado compatible con dentina, presencia de células fusiformes y focos con células fantasma; dispuestos sobre un tejido conectivo fibroso denso, bien vascularizado con trabéculas de hueso lamelar maduro vital. El diagnóstico histopatológico fue de tumor dentinogénico de células fantasma.

**DISCUSIÓN:** El DGCT es una lesión localmente infiltrativa, tiene una prevalencia mayor en personas asiáticas en el maxilar posterior, es dos veces más común en hombres, con rango de edad de 11 a 79 años. El tratamiento consiste en la enucleación y curetaje, teniendo una tasa de recurrencia del 73% después de un seguimiento de 1 a 20 años. En 19 casos tratados con cirugía más radical, la tasa de recurrencia fue del 33% después de un año. Se ha demostrado que los DGCT recurrentes exhiben características malignas, como un aumento del pleomorfismo celular y nuclear con figuras mitóticas más frecuentes.

**CONCLUSIONES:** Si bien, las lesiones periapicales inflamatorias son muy prevalentes, es indispensable enviar a estudio histopatológico todo tejido retirado para asegurar el diagnóstico certero. En este caso el paciente está bajo seguimiento radiográfico y clínico sin recurrencia.

CCOL-09

## XANTOGRANULOMA JUVENIL, REPORTE DE CASO

Carlos Alonso Dávila Benítez; Edith Lara Carrillo; Víctor Hugo Toral Rizo; Mario Alberto Tamayo Rodríguez; Adriana Alejandra Morales Valenzuela; Gabriela Gasca Argueta.

Clínica Orocentro, Facultad de Odontología, Universidad Autónoma del Estado de México

Centro de Investigación y Estudios Avanzados en Odontología (CIEAO) "Dr. Keisaburo Miyata", Facultad de Odontología, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca de Lerdo, Estado de México

Enlace Estomatología, Instituto de Salud del Estado de México

**INTRODUCCIÓN:** El xantogranuloma juvenil es una lesión benigna perteneciente al grupo de las histiocitosis de células no Langerhans de etiología indefinida, actualmente considerado como derivado de las células dendríticas.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Mujer de 11 años, sin antecedentes médicos relevantes, presenta nódulo liso, color similar a la mucosa, de 10mm, localizado en mucosa labial inferior a nivel de incisivos inferiores izquierdos, asintomático, de un año de evolución, refiere tratamiento previo por eliminación de la lesión, carente de diagnóstico y estudio histopatológico, con recidiva un mes después de la terapéutica inicial. Clínicamente identificado como un mucocele se realiza biopsia excisional. En los cortes histológicos se observa neoplasia benigna con características morfológicas de células claras dispuestas en el tejido conjuntivo, se obtuvo un diagnóstico sugestivo de mucocele de células claras. Se solicita valoración de bloque y laminilla para realizar estudio de inmunohistoquímica y gracias a la marcación los cuales presentaron hallazgos intensamente positivos para CD68 y negativos para AML, EMA así como CD34 en células de interés. Tanto en H&E como con el marcador CD68 se observa la presencia de células tipo Touton, la correlación de estos hallazgos nos lleva a la conclusión de una lesión fibrohistiocítica benigna. A siete meses de seguimiento no se observan recidivas de la lesión.

**DISCUSIÓN:** El xantogranuloma juvenil es una lesión que se presenta en las primeras dos décadas de la vida, afecta principalmente la piel de cabeza y cuello, la localización en cavidad oral es infrecuente. Histológicamente la presencia de abundantes macrófagos, en el contexto clínico como el de este caso, puede confundir con otras entidades. La inmunohistoquímica es clave para alcanzar el diagnóstico correcto.

**CONCLUSIONES:** El diagnóstico de xantogranuloma juvenil es raro es por ello que identificamos la relevancia de los estudios de inmunohistoquímica para confirmar el diagnóstico citado.

# CASO CLÍNICO

## POSGRADO

### CCOP-01

#### CORISTOMA ÓSEO EN MÚSCULO MASETERO. REPORTE DE UN CASO

Aylin Divina Cadena Galeana; Nancy Pérez Cornejo; Francisco Germán Villanueva Sánchez; José David Ramos Baena; Alberto de Jesús Flores Longoria; José Valente Fuentes Andrade.

Departamento de Patología Oral y Maxilofacial, ENES, Unidad León, Universidad Nacional Autónoma de México  
Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital General Regional No.58 IMSS, León, Guanajuato  
Odontología General, práctica privada, León, Guanajuato

**INTRODUCCIÓN:** Los coristomas se pueden definir como malformaciones del desarrollo que surgen a partir de un grupo de células primordiales que representan un crecimiento similar a un tumor de células o tejidos microscópicamente normales en una ubicación ectópica. El coristoma óseo es una entidad rara en la región oral y maxilofacial. El sitio más frecuente es la lengua, seguido de la mucosa bucal, también se han informado un pequeño número de casos de coristoma óseo del músculo pterigoideo medial, masetero, región submandibular y región submentoniana.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenino de 12 años que a la exploración extraoral presenta un aumento de volumen de aspecto nodular, de consistencia firme, en región maseterina derecha de aproximadamente 0.5x0.5cm, asintomático, tiempo de evolución desconocido con aumento en la exposición a la contracción. Se realiza biopsia excisional y se envía al Servicio de Estudio Histopatológico de la Escuela Nacional de Estudios Superiores, donde se emite el diagnóstico de Coristoma Óseo.

**DISCUSIÓN:** La etiopatología del coristoma óseo es muy discutible y se han propuesto dos teorías principales, una es una malformación del desarrollo y la otra implica un mecanismo reactivo. En el presente caso, se mantiene desconocida. Se requiere el avance en su Investigación para aclarar las cuestiones de histogénesis y etiología de una manera menos especulativa.

**CONCLUSIONES:** Los coristomas óseos asociados a los músculos de la masticación son raros, pero representan un importante diagnóstico diferencial especialmente de miositis osificante y ganglios linfáticos cervicales calcificados; por lo tanto, tienen un interés clínico importante. El tratamiento de los coristomas implica la extirpación quirúrgica de la lesión. Las recurrencias son raras, pero se informan en la literatura, lo que significa que los exámenes de seguimiento pueden ser beneficiosos.

### CCOP-02

#### CARCINOMA SECRETOR DE GLÁNDULAS SALIVALES EN PARÓTIDA. REPORTE DE UN CASO

Eric Zeta Castañeda; Edith Lara Carrillo; Ulises Velázquez Enríquez; Ana Miriam Santillán Reyes; Silvia Cristina Manzur Quiroga; Víctor Hugo Toral Rizo.

C.I.E.A.O., Facultad de Odontología, Universidad Autónoma del Estado de México  
Facultad de Odontología, Universidad Autónoma del Estado de México  
Clínica Orocentro, Facultad de Odontología, Universidad Autónoma del Estado de México

**INTRODUCCIÓN:** El carcinoma secretor fue descrito en 2010 como contraparte del carcinoma secretor de mama, denominándolo Carcinoma Secretor Análogo de mama, sin embargo, la OMS en 2017 lo designó como Carcinoma Secretor de bajo grado. Se presenta en adultos como un aumento de volumen de crecimiento lento en glándulas salivales, con mayor frecuencia en parótida, con igual distribución en ambos sexos. Se caracteriza por presentar morfología variada donde predominan el patrón papilar y arquitectura microquística.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Hombre 41 años acude a consulta en 2020 por presentar aumento de volumen a nivel de parótida derecha. Al interrogatorio refiere experiencia previa con características similares razón por la cual acudió con facultativo en 2016, siendo tratado quirúrgicamente con parotidectomía total sin estudio histopatológico. Para 2020 se realizó abordaje quirúrgico mediante tumorectomía de recidiva a nivel parotídeo del mismo lado. El análisis histológico mostró neoplasia maligna con áreas en patrón de crecimiento: sólido, microquístico y papilar, septado con tabiques de tejido fibroso, en algunas zonas con secreción homogénea eosinófila. Con los hallazgos

morfológicos se emitió diagnóstico de carcinoma secretor, se complementó con panel de inmunohistoquímica con los siguientes anticuerpos, S100, Mamaglobina, MUC-1, CK7, y p63.

**DISCUSIÓN:** El Carcinoma Secretor es generalmente de grado bajo a medio, por lo tanto, las características agresivas son poco comunes generalmente sin marcada atipia citológica, siendo poco frecuente la presencia de mitosis. Inmunohistoquímica (IHQ) presenta positividad para S-100, Mamaglobina, STAT5a, MUC-1, CK 7,8,19, negativo para SMA, p63 y calponina.

**CONCLUSIONES:** El carcinoma secretor requiere tratamiento quirúrgico y seguimiento a largo plazo, presenta diversos patrones histológicos, siendo un diagnóstico diferencial el carcinoma adenoideo quístico, razón por la cual es necesario emplear paneles de IHQ para complementar el diagnóstico. El presente caso evidencia la importancia de realizar estudio histopatológico y seguimiento.

## CCOP-03

### ÚLCERA EN REBORDE ALVEOLAR SUPERIOR DE CRECIMIENTO RÁPIDO. REPORTE DE UN CASO

Francisco Javier Aguilar Zapata; Juliana Marisol Godínez Rubí; Ana Graciela Puebla Mora; Elizabeth Sánchez Becerra.  
Maestría en Patología y Medicina Bucal, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

**INTRODUCCIÓN:** Los procesos linfoproliferativos asociados a metotrexato son un grupo heterogéneo de proliferaciones linfoides que se desarrollan en pacientes con enfermedades autoinmunes. Las proliferaciones linfoides que afectan a pacientes inmunodeprimidos con metotrexato por diversas enfermedades autoinmunes, pueden semejar un linfoma B de células grandes.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Femenino de 60 años con antecedente de dermatomiositis diagnosticada hace cinco años con tratamiento con metotrexato y prednisona, en 2021 paciente presenta infección en sector anterior superior por actinomyces, fue tratada con resolución completa. A la exploración intraoral presenta úlcera de bordes mal definidos, en zona vestibular de segundo premolar y primer molar superior derecho, de color blanco amarillento, con dolor a la palpación y ligero aumento de volumen. Radiográficamente presenta pérdida de corticales óseas, con dos semanas de evolución. Se realiza biopsia incisional de la lesión, al control postoperatorio la lesión se extiende hacia paladar duro y afectando también zona inferior vestibular, en el estudio histopatológico, el tejido conectivo subepitelial exhibe cúmulos de células atípicas de aspecto linfoides que se disponen formando agregados densos, con disposición predominantemente perivascular, que alternan con grandes zonas de necrosis tumoral. Se realiza inmunohistoquímica con CD20, CD3, Ki-67, Kappa y Lambda. Por lo cual se emite el diagnóstico de úlcera mucocutánea EVB positiva.

**DISCUSIÓN:** Los procesos linfoproliferativos que afectan a pacientes con enfermedades autoinmunes tratados con metotrexato pueden presentar una morfología histopatológica muy variada

**CONCLUSIONES:** Los procesos linfoproliferativos asociados a pacientes con toma de medicamentos para enfermedades autoinmunes, son un reto para el patólogo bucal, ya que la histología puede asemejar una neoplasia maligna, y la clínica conforma gran parte de nuestro diagnóstico, complementar con métodos auxiliares de diagnóstico es esencial para ayudar a nuestro diagnóstico y poder dar un adecuado tratamiento al paciente.

## CCOP-04

### PACIENTE CON DEPILACIÓN LINGUAL Y EROSIONES EN MUCOSA DE REVESTIMIENTO

Stacy Isaí Medina Chacón; Francisco Javier Aguilar Zapata; José Sergio Zepeda Nuño.  
Maestría en Patología y Medicina Bucal, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

**INTRODUCCIÓN:** Las deficiencias nutricionales representan algunos de los trastornos más frecuentes. Los síntomas clínicos y los síntomas asociados en la cavidad oral suelen ser inespecíficos y pueden imitar o superponerse con otro tipo de deficiencias, trastornos y patologías.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Femenino de 65 años, antecedentes de importancia negados. A la exploración intraoral se observan múltiples lesiones eritematosas dolorosas en lengua y piso de boca, inicia hace seis años con las lesiones y aparecen recurrencias, su último episodio fue hace dos meses aproximadamente acompañado de xerostomía. La paciente se encontraba bajo tratamiento con Montelukast sin presentar mejoría, se le indicó Nistatina en suspensión durante siete días, sin embargo, no mostró mejoría. Se indicaron estudios de biometría hemática, química sanguínea, las cuales revelaron valores disminuidos, adicionalmente se evaluaron los niveles séricos de vitamina B, en donde se encontró déficit de vitamina B. Se le indicó 10000mcg de hidroxocobalamina, 100mg de tiamina y 50mg de piridoxina IM, con remisión de las lesiones a los 15 días.

**DISCUSIÓN:** Las deficiencias nutricionales representan un desafío diagnóstico para los profesionales de salud, la participación de los

estomatólogos especialistas en el diagnóstico de esta condición se basa en los cambios de las mucosas de la cavidad oral.

**CONCLUSIONES:** Es indispensable explorar minuciosamente las características clínicas de las lesiones de la mucosa oral ante la presencia de lesiones recurrentes, es imperativo indicar estudios paraclínicos para descartar presencia de deficiencias de micronutrientes.

## CCOP-05

### QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO ASOCIADO A PROCESO INFECCIOSO, RETO DIAGNÓSTICO

Ilse Patricia Rodríguez Tapia; Francisco Germán Villanueva Sánchez; Karla Mayela Avelar Juárez; Eduardo Damián Mosqueda; José David Ramos Baena; Eduardo Alonso Cruz Monroy.

Servicio de Patología Oral y Maxilofacial, Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León, UNAM

Cirugía Maxilofacial, práctica privada

**INTRODUCCIÓN:** El queratoquiste odontogénico (QO) actualmente es considerado como quiste dentro de la última clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2022. Representa del 3%-11% de los quistes odontogénicos. Se distingue por su comportamiento clínico e histopatológico específico, siendo su crecimiento potencialmente mayor comparado con otros quistes de origen odontogénico, posee una alta recidiva. Radiográficamente, se observa como un área radiolúcida bien definida con bordes escleróticos uni o multilocular relacionado o no a un diente retenido, puede causar rizolisis y pueden estar asociados a dolor, inflamación y drenaje.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 68 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, inicia con aumento de volumen en región bucal y submandibular del lado izquierdo, la ortopantomografía revela una lesión unilocular radiolúcida de 6.5x2.7cm, asociada al órgano dental 38 retenido, en zona de ángulo, rama y cuerpo mandibular izquierdo. Posteriormente presenta proceso infeccioso activo por lo que se le realiza drenaje quirúrgico, se realiza biopsia incisional e histológicamente se observa una reacción a cuerpo extraño con infiltrado inflamatorio crónico, por lo que se decide realizar una segunda biopsia incisional la cual es contundente con queratoquiste odontogénico y se procede a realizar el tratamiento.

**DISCUSIÓN:** En este caso el paciente presenta algunas características radiográficas y clínicas típicas del QO, como la localización y asociación a un órgano dentario retenido, las características histopatológicas de la primera biopsia no fueron concluyentes debido al proceso infeccioso que cursaba el paciente, por lo que se decide realizar una segunda biopsia incisional.

**CONCLUSIONES:** El diagnóstico histopatológico es fundamental para establecer un tratamiento definitivo; sin embargo, en algunas ocasiones la histopatología puede verse modificada y representar un reto para el patólogo. Por lo que es importante determinar la ubicación de la toma de biopsia y el momento correcto.

## CCOP-06

### PACIENTE CON LESIÓN TUMORAL Y ÚLCERA INDURADA EN EL PALADAR REPORTE DE UN CASO

Mariana Cristina Barrón Márquez; Héctor Rodrigo Magallón Martínez; Juliana Marisol Godínez Rubi; José Sergio Zepeda Nuño.

Maestría en Patología y Medicina Bucal, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

**INTRODUCCIÓN:** Una gran variedad de neoplasias malignas aquejan a las glándulas salivales mayores y menores, dentro de las más comunes destaca el carcinoma adenoideo quístico como la segunda neoplasia maligna más frecuente. El carcinoma adenoideo quístico se caracteriza clínicamente por aparecer como un nódulo de crecimiento lento, frecuentemente se ulcera y suele presentar invasión perineural, alta recurrencia y metástasis a distancia. Histopatológicamente presenta tres patrones, cribiforme, tubular y sólido. La variante cribiforme se asocia a buen pronóstico y es la más común, mientras que la variante sólida suele tener mal pronóstico.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Femenino de 53 años de edad. Inicia padecimiento hace dos meses con úlceras y ligera sintomatología dolorosa, no acude a facultativo hasta un mes después desarrollando aumento de volumen en el paladar y sangrado, sin cambios en la sintomatología dolorosa. A la exploración intraoral se reconoce una lesión de aspecto tumoral en el paladar del lado derecho a su vez presenta una úlcera con bordes elevados, crateriforme e indurada a la palpación. Se realiza biopsia incisional bajo anestesia local. Las características histopatológicas de los microcortes analizados revelaron presencia de células ductales de citoplasma eosinófilo con núcleos redondos y uniformes y células mioepiteliales de citoplasma claro y núcleo angular con espacios micro quísticos, llenos de material mucoide hialino que corresponden al patrón cribiforme, así mismo se evidencian células dispuestas en patrón tubular y presencia de material mucoide hialino. Se instauró el diagnóstico de carcinoma adenoideo quístico.

**DISCUSIÓN:** El carcinoma adenoideo quístico se caracteriza por tener un crecimiento lento, pero puede ser localmente invasivo, presentar recurrencias, e incluso metástasis por ello es de suma importancia establecer su diagnóstico clínico-patológico y en base a este instaurar un tratamiento adecuado. Sus características histopatológicas nos permiten establecer no solo el diagnóstico, también un pronóstico de la enfermedad.

**CONCLUSIONES:** Las neoplasias malignas de glándulas salivales son patologías que por su complejidad diagnóstica tanto clínica como histológica requieren ser abordadas de manera multidisciplinaria entre el odontólogo general, cirujano, patólogo y oncólogo.

## CCOP-07

### NEUROMA CIRCUNSCRITO SOLITARIO DE LABIO SUPERIOR: REPORTE DE CASO

Jaqueline Delgado Palomino; Sergio Salvador Utrera López; Edith Lara Carrillo; Elías Nahum Salmerón Valdés; Wael Hegazy Hassan Moustafa; Víctor Hugo Toral Rizo.

Centro de Investigación y Estudios Avanzados, Facultad de Odontología, Universidad Autónoma del Estado de México  
Clínica Orocentro, Universidad Autónoma del Estado de México

**INTRODUCCIÓN:** El neuroma circunscrito solitario (NCS) es una lesión neural benigna con características clínicas e histopatológicas específicas. Se considera al trauma como un posible factor etiológico. La localización más frecuente es el paladar duro, encía y mucosa labial; presentándose entre la quinta y séptima década de vida.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Mujer de 27 años, sin comorbilidades que acude a consulta por aumento de volumen en línea media del labio superior, de tres años de evolución, refiere inicio posterior a traumatismo. Al examen clínico se observa nódulo, de un centímetro de diámetro, con superficie lisa y lobulada, de coloración normal. Con diagnóstico clínico de neuroma traumático se realiza biopsia excisional y se envía a patología. Histopatológicamente se observa lesión bien circunscrita con forma ovoide, con cápsula incompleta. Las células se conforman en fascículos de células de Schwann, los núcleos son rizados y puntiagudos. Carece de mitosis o pleomorfismo celular. Se emite el diagnóstico de NCS. Se realiza inmunohistoquímica (IHQ) para caracterizar la lesión. A un año de seguimiento no se observan recidivas.

**DISCUSIÓN:** Esta entidad también se conoce como neuroma encapsulado empalizado, sin embargo, Fletcher propone el término de NCS, siendo este último mejor aceptado. Se ha discutido la prevalencia de esta neoplasia, concluyendo que puede ser subdiagnosticada. Clínica e histopatológicamente el caso aquí presentado coincide con lo descrito en la literatura. El schwannoma, neurofibroma y neuroma traumático son diagnósticos diferenciales de esta entidad. El estudio de IHQ refuerza al diagnóstico realizado en H&E. La remoción quirúrgica completa es el tratamiento de elección, mostrando baja recidiva.

**CONCLUSIONES:** Las características clínicas y anatomopatológicas de benignidad de esta entidad restan importancia entre muchos profesionales que no envían el tejido a patología o no reportan los casos. Resaltamos con este caso la importancia del estudio de patología ante lesiones benignas poco comunes.

## CCOP-08

### QUISTE ODONTOGÉNICO CALCIFICANTE ASOCIADO A ODONTOMA

Lenin Sagrero Olmos; José David Ramos Baena; Francisco Germán Villanueva Sánchez; Eduardo Alonso Cruz Monroy.

Posgrado en Patología Oral y Maxilofacial, UNAM, Enes León

Posgrado de Patología Oral y Maxilofacial, Servicio de Diagnóstico Histopatológico, UNAM, Enes León

**INTRODUCCIÓN:** El quiste odontogénico calcificante es un quiste simple epidemiológicamente raro, revestido por un epitelio similar al ameloblastoma que contiene acumulaciones focales de células fantasma; es de etiología desconocida y a menudo se presenta radiográficamente como una lesión radiolúcida uni o multilocular. Por otro lado, el odontoma es el tumor odontogénico más común detectado en las dos primeras décadas de vida considerado como una lesión hamartomatosa.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Se presenta femenina de 14 años de edad referida por el servicio de Cirugía Maxilofacial por presentar lesión en arcada superior entre el O.D. 22 y 23 sin sintomatología previa. En la valoración imagenológica se observa lesión radiolúcida con un centro radiopaco de aproximadamente un centímetro de diámetro. Durante el procedimiento quirúrgico se obtienen dos entidades separadas con características morfológicas distintas para su procesamiento histopatológico.

**DISCUSIÓN:** La literatura reporta que el quiste odontogénico calcificante asociado a un odontoma es de baja prevalencia; los cuales no presentan una predilección por género ni sexo. Se han catalogado como dos entidades completamente distintas, sin embargo, algunos autores refieren que el odontoma se desarrolla de forma secundaria desde el epitelio odontogénico del quiste odontogénico calcificante siendo actualmente un tema de gran discusión.

**CONCLUSIONES:** El quiste odontogénico calcificante puede confundir al clínico desde la evaluación clínico-imagenológica, por tal motivo es necesario realizar la ruta diagnóstica completa, lo que permitirá una mejor orientación al tratante. Para el patólogo, la presencia de células fantasma y características histomorfológicas permitirán discriminarlo de otras lesiones que presentan características histológicas similares.

## CCOP-09

### OSTEOSARCOMA OSTEOLÁSTICO: REPORTE DE UN CASO

Ulises Vázquez Zúñiga; Eduardo Alonso Cruz Monroy; José Agustín Reyes Campos; Juan Pablo Naoshi Morikawa Yáñez; Francisco Germán Villanueva Sánchez.

Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León, Universidad Nacional Autónoma de México  
Instituto Mexicano del Seguro Social

**INTRODUCCIÓN:** El osteosarcoma es una neoplasia mesenquimal maligna, la cual produce osteoide. Afecta principalmente a los huesos largos en niños y adolescentes, siendo los huesos maxilares el cuarto sitio de origen en frecuencia.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Se trata de un paciente femenino de 57 años, la cual presentaba un aumento de volumen en el tercio medio facial de lado izquierdo, provocando notable asimetría facial con elevación y desplazamiento de la nariz del mismo lado, así como la presencia de un tumor asintomático de crecimiento exofítico intraoral de cinco meses de evolución, localizado en la región de hemimaxila, la paciente refiere que el problema vino ocho días después a partir de la última extracción que le realizaron. En el estudio tomográfico se identificó una lesión mixta predominantemente isodensa con áreas hiperdensas e hipodensas, respetando la línea media abarcando seno maxilar y cavidad nasal. Se realizó biopsia incisional para estudio histopatológico y panel de inmunohistoquímica para Ki-67, Osteopontina, Osteonectina, Osteocalcina y CD 99 emitiendo un diagnóstico de osteosarcoma osteoblástico con áreas fibroblásticas. El manejo quirúrgico se llevó a cabo a través de la resección completa de la lesión. En el análisis histopatológico se identificó una proliferación maligna, con presencia de células poligonales, redondas y fusiformes, exhibiendo atipia celular, dentro de un estroma fibroso maduro con abundante formación de material osteoide. Actualmente se encuentra en tratamiento y seguimiento oncológico.

**DISCUSIÓN:** El presente caso muestra las características comunes descritas por diversos autores para el osteosarcoma, coincidiendo con el perfil epidemiológico y presentación clínica, así como en los aspectos imagenológicos e histopatológicos reportados.

**CONCLUSIONES:** El patólogo oral debe estar familiarizado con este tipo de lesiones, que, si bien no son comunes, pueden llegar a presentar características clínicas y radiográficas similares a los tumores odontogénicos y pueden llegar a confundirse.

## CCOP-10

### CARCINOMA VERRUGOSO BUCAL. INFORME DE UN CASO

Nancy Leticia Mendoza Martínez; Eduardo Alonso Cruz Monroy; Francisco Germán Villanueva Sánchez; Alberto de Jesús Flores Longoria.

Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León, Universidad Nacional Autónoma de México  
Hospital General #58, IMSS, León, Guanajuato

**INTRODUCCIÓN:** El carcinoma verrugoso bucal (CVB) es una variante del carcinoma escamoso, representando del 2 al 16% de los mismos, siendo más frecuente en hombres entre la 5ª y 6ª décadas de vida. Se asocia a tabaquismo, alcoholismo, infección por VPH, entre otros factores etiológicos, desarrollándose principalmente en mucosa bucal, lingual, gingival y reborde alveolar. Clínicamente se manifiesta como placas exofíticas de aspecto papilar o verrugoso. Las características histopatológicas principales son: proliferación epitelial bien diferenciada con atipia mínima, mitosis aumentadas y crestas bulbosas con borde de empuje hacia el tejido conectivo. Los principales tratamientos descritos son: cirugía (escisión por afeitado), quimioterapia, radioterapia y crioterapia.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Se trata de una paciente femenina de 80 años, que acudió al servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General del IMSS #58 de León, Guanajuato, a causa de numerosas lesiones blancas sintomáticas en la mucosa bucal, relatando un tiempo de evolución desconocido y refiriendo antecedentes de tabaquismo. A la exploración bucal se observaron múltiples placas blancas de aspecto verrugoso no desprendibles, de diversos tamaños, localizadas en mucosa yugal, reborde alveolar y piso de boca. Se realizaron biopsias incisionales representativas de labio y mucosa yugal para estudio histopatológico, revelando una proliferación neoplásica maligna de estipe epitelial, determinándose el diagnóstico histopatológico de carcinoma verrugoso. Finalmente, abordado con tratamiento paliativo a causa de la edad de la paciente.

**DISCUSIÓN:** El carcinoma verrugoso es más frecuente en pacientes de sexo masculino, en contraste con el presente caso. En cuanto a los factores etiológicos, características clínicas e histopatología hubo concordancia con lo reportado en la literatura.

**CONCLUSIONES:** Si bien, las características clínicas del CVB son muy parecidas a otras lesiones como la leucoplasia verrugosa proliferativa, el estudio histopatológico es la clave para el diagnóstico. El uso de inmunohistoquímica puede apoyar el análisis diagnóstico de este tipo de lesiones.

# investigación



resúmenes



# INVESTIGACIÓN

## CINV-01

### FRECUENCIA DE ALTERACIONES BUCALES EN NIÑOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Rebeca Guzmán Medrano; Celeste Alynn Saldaña Guzmán; Silvia Isabel Medrano Rodríguez.  
Unidad de Morfofisiología, Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Chihuahua  
División de Inmunoneuroendocrinología y Patogénesis Molecular, Lat&invest, Chihuahua

**INTRODUCCIÓN:** La diabetes mellitus tipo 2 representa aproximadamente el 90% de los casos de esta enfermedad que está incrementándose, recientemente, en niños. Aunque los pacientes diabéticos presentan alteraciones bucales características, los estudios en niños son escasos.

**OBJETIVO:** En este trabajo nos propusimos analizar la frecuencia de alteraciones bucales en niños con diabetes mellitus tipo 2.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** 22 pacientes con edades entre 5 y 10 años y diagnóstico confirmado de diabetes mellitus tipo 2, se examinarán bucodentalmente registrándose cualquier alteración detectada. Las lesiones sospechosas de candidiasis se corroboraron al microscopio. El análisis estadístico de los hallazgos se efectuó con el programa SPSS.

**RESULTADOS:** De nuestros 22 pacientes, 90.9% presentó alguna alteración bucal. El 88.9% mostró alteraciones bucales infecciosas, siendo la más frecuente la gingivitis, encontrada en el 40.9% de nuestra muestra, seguida por candidiasis, demostrada en el 36.4% y caries, detectada en el 31,8% de los casos. Las alteraciones no infecciosas más comunes en estos pacientes fueron las maloclusiones, exhibidas por el 27.3%, y los mucocelos, observados en el 18.2%.

**DISCUSIÓN:** Varios estudios señalan que la enfermedad periodontal, que abarca desde gingivitis hasta periodontitis temprana, es uno de los padecimientos más frecuentes en niños coincidiendo con nuestros resultados. Sin embargo, en adultos diabéticos se ha demostrado que la predisposición a desarrollar procesos inflamatorios crónicos en boca aumenta.

**CONCLUSIONES:** Nuestros resultados apoyan que los niños con diabetes mellitus tipo 2 desarrollan alteraciones bucales similares a las presentadas por niños no diabéticos y adultos diabéticos que requieren ser estudiadas para su mejor manejo.

## CINV-02

### ALTERACIONES BUCALES EN PACIENTES PREDIABÉTICOS. ESTUDIO COMPARATIVO CON PACIENTES CON GLICEMIA SALUDABLE

Rebeca Guzmán Medrano; Celeste Alynn Saldaña Guzmán; Silvia Isabel Medrano Rodríguez.  
Unidad de Morfofisiología, Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Chihuahua  
División de Inmunoneuroendocrinología y Patogénesis Molecular, Lat&invest, Chihuahua

**INTRODUCTION:** La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad controlable, pero no curable caracterizada por glicemia incrementada. La prediabetes es una etapa previa en que la glicemia aumenta, pero menos que en la diabetes, en la que se puede evitar desarrollar diabetes. Aunque la prediabetes es considerada asintomática, algunas alteraciones bucales podrían ser indicadores de su presencia.

**OBJETIVO:** El objetivo de este trabajo es comparar la presencia de alteraciones bucales en pacientes con prediabetes y pacientes con glicemia saludable.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Un grupo de 24 pacientes con glicemia en ayunas mayor a 100 mg/dl, pero menor a 126 mg/dl y un segundo grupo pareado con el anterior en número, edad y sexo, pero con glicemia igual o menor a 100 mg/dl se examinaron bucodentalmente registrándose cualquier alteración detectada. Las lesiones sospechosas de candidiasis se confirmaron al microscopio. Los hallazgos se analizaron estadísticamente con el programa SPSS.

**RESULTADOS:** La candidiasis fue la alteración más frecuente en prediabéticos, comprobándose en el 70.8%, seguida por periodontitis y xerostomía detectadas en el 62.5% y el 58.3% de estos pacientes, respectivamente, y con diferencias significativas, ( $P < 0.05$ ), con el grupo

con glicemia saludable. En éste, la gingivitis fue la alteración más común diagnosticándose en el 37.5%.

**DISCUSIÓN:** Estudios recientes señalan que pacientes prediabéticos muestran mayor cantidad de alteraciones bucales y de Candida oral que pacientes con glicemia saludable lo que coincide con nuestros resultados.

**CONCLUSIONES:** Nuestros resultados apoyan que algunas alteraciones bucales exhiben diferencias significativas entre pacientes prediabéticos y pacientes con glicemia saludable pudiendo ser útiles indicadores de prediabetes.

#### CINV-03

##### PAPEL DEL RECEPTOR TIPO TOLL 2 SALIVAL EN EL DESARROLLO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PACIENTES DIABÉTICOS Y PREDIABÉTICOS

Rebeca Guzmán Medrano; Celeste Saldaña Guzmán; Silvia Isabel Medrano Rodríguez.  
Unidad de Morfofisiología, Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Chihuahua  
División de Inmunoneuroendocrinología y Patogénesis Molecular, Lat&invest, Chihuahua

**INTRODUCCIÓN:** La forma soluble del receptor tipo Toll 2 (TLR2) está en saliva asociándose con alteraciones inflamatorias bucales. La diabetes mellitus tipo 2 tiene una etapa inicial denominada prediabetes en que la glicemia aumenta, pero no tanto como en la diabetes manifestándose ambas etapas con enfermedad periodontal.

**OBJETIVO:** Nuestro objetivo fue determinar si TLR2 tiene un papel en el desarrollo de enfermedad periodontal en pacientes prediabéticos y/o diabéticos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** 1.5ml de saliva se obtuvo de cada uno de los 24 pacientes constituyentes de cada uno de dos grupos: el primero con prediabetes y el segundo con diabetes. La concentración salival de TLR2 se midió con ELISA. El estado periodontal de cada paciente se evaluó usando el Índice Comunitario de Necesidades de Tratamiento Periodontal (CPITN). El análisis de los resultados se efectuó con el programa SPSS 22.

**RESULTADOS:** Los pacientes diabéticos mostraron una concentración salival de TLR2 (promedio,  $14.21 \pm 1.2$  ng/ml) significativamente mayor que los prediabéticos (promedio,  $3.54 \pm 0.5$  ng/ml) ( $P=0.001$ ). La concentración del receptor fue significativamente superior en pacientes diabéticos y prediabéticos con enfermedad periodontal que sin ella ( $P<0.01$ ). Correlación positiva se encontró entre concentración del receptor con estado periodontal y con glicemia así como entre estos dos parámetros ( $r>0.5$ ).

**DISCUSIÓN:** Estudios recientes señalan el papel de TLR2 en periodontitis coincidiendo con lo que encontramos en pacientes diabéticos y prediabéticos.

**CONCLUSIONES:** Nuestros resultados sugieren que TLR2 salival tiene un papel en el desarrollo de enfermedad periodontal en pacientes diabéticos y prediabéticos.

#### CINV-04

##### ESTABLECIMIENTO DE UN MODELO DE ANGIOGÉNESIS EX VIVO A PARTIR DE HEMANGIOMAS CAPILARES LOBULARES ORALES (HCLLO), RESULTADOS PRELIMINARES

Terumi Horita Fornes; Jorge Gaona Bernal; Mario Nava Villalba.

Laboratorio de Patología, Centro de Investigación y Diagnóstico de Patología, Departamento de Microbiología y Patología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

Laboratorio de Investigación en Microbiología, Departamento de Microbiología y Patología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

**INTRODUCCIÓN:** Los modelos ex vivo presentan ventajas como bajo costo, acceso al estudio de tejido humano, preservación de la estructura anatómica y tisular, permitiendo evaluar diversos procesos de un tejido u órgano. Actualmente son pocos los modelos de angiogénesis, aquí presentamos los avances para el establecimiento de uno de ellos.

**OBJETIVO:** Estandarizar el modelo ex vivo con una matriz tridimensional de fibrina a partir de fragmentos de HCLLO.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Dictamen CUCS CI-08820; en placas de cultivo de 24 pozos se añadió fibrinógeno (3.1 mg/ml) y aprotinina (5.0 µg/mL), en DMEM, posteriormente trombina (400 mU/mL) y se transfirió a un plato de cultivo de 48 pozos (100 µL/pozo) permitiendo su coagulación a 37°C durante cinco minutos. Simultáneamente se prepararon microtubos de 1.5 mL conteniendo 350 µL de solución de fibrina con aprotinina. Se inocularon  $1 \times 10^6$  células BUVEC en cada tubo, posteriormente se añadió trombina (400 mU/mL). El tubo con la solución y el botón celular fueron transferidos a los pozos con gel previamente coagulado y se incubó (37°C x 5 min.), finalmente, sobre

esta malla se vertieron 350µL de DMEM-SFB 10%, se añadió VEGF sólo al grupo experimental; se evaluó la proliferación y su dirección de crecimiento en la matriz, tomando el control como referencia.

**RESULTADOS:** La matriz se mantuvo estable y se logró identificar invasión de las células BUVEC en esta, la distancia máxima a los tres días fue de ~60µm en comparación al grupo control de alrededor de ~10µm.

**DISCUSIÓN:** Los modelos tridimensionales otorgan la ventaja de visualizar los fenómenos fisiológicos desde una perspectiva espacial, estos resultan idóneos para estudiar la angiogénesis por ser un proceso dinámico, en nuestro trabajo aún falta por transferir los resultados en rebanadas del tejido blanco.

**CONCLUSIONES:** Las matrices de fibrina son estables, es factible que alberguen tejido reactivo y sus proyecciones vasculares.

## CINV-05

### CONOCIMIENTOS DEL CÁNCER ORAL EN LA POBLACIÓN DE OAXACA

Alessandra Cruz Díaz; Edgar Miguel Moroni Aquino; Ana Elizabeth García Salinas; Gerardo Meza García.

Escuela de Odontología, URSE  
Universidad Regional del Sureste

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer de cavidad oral no siempre puede prevenirse, no obstante, se puede ayudar a reducir las probabilidades de contraerlo. Es por eso que resulta importante conocer los tipos de cáncer, causas, factores de riesgo, características clínicas y saber cómo realizar un autoexamen.

**OBJETIVO:** Determinar los conocimientos sobre cáncer oral en población oaxaqueña con base en su grado académico, edad y sexo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio transversal realizado en noviembre de 2021 por alumnos de Odontología de la URSE, se obtuvo información sobre su edad, sexo, escolaridad, afinidad al tabaquismo y/o alcoholismo, uso de prótesis dentales, así como preguntas para determinar sus conocimientos sobre el cáncer oral. Los datos se recopilaron en una tabla de Excel y se efectuó un análisis estadístico con el programa SPSS ver 23 a través del cruce de variables.

**RESULTADOS:** La muestra final fue de 892 participantes donde predominaba el sexo femenino 51.3%. El mínimo de edad fue 18 años y máximo de 100, con una media de 35.03 años, en cuanto al conocimiento que tienen sobre cáncer oral, el 28.4% conoce el autoexamen oral, 19.5%, reconoce las lesiones precursoras, 25.5% conoce sus características clínicas y el 44.5 % conoce las causas, más de la mitad desconoce cómo prevenirlo 59.4%. En el cruce de variables se determinó que los hombres mayores de la octava década de la vida y bajo nivel educativo son quienes tienen menos conocimientos.

**DISCUSIÓN:** Menos de la mitad de la población conoce las causas a comparación de un estudio hecho en Colombia por Botero y colaboradores 2017, donde se observa que un 74% si tiene conocimiento sobre cáncer oral.

**CONCLUSIONES:** Este estudio nos ayuda a establecer quienes están menos informados sobre el cáncer oral en nuestra población por lo que a ellos se deben enfocar las campañas de prevención.

# INVESTIGACIÓN

## OINV-01

### DIAGNÓSTICO Y NECESIDADES DE TRATAMIENTO BUCODENTAL EN UNA MUESTRA DE POBLACIÓN EN LA CIUDAD DE CAMPECHE, CAMPECHE

Ixchel Araceli Maya García; Mariela Itzel Madrigal Herrera; Guadalupe del Carmen Ordoñez Chávez; Juan José Carrillo Sánchez; Imelda Patricia Pinzón Sierra.

Profesorado, Proyecto IDCA 31854)

Tesista, Universidad Autónoma de Campeche

**INTRODUCCIÓN:** Existirá una transición demográfica poblacional para México en el año 2050, siendo la prevención una prioridad.

**OBJETIVO:** Fortalecer la accesibilidad en servicios odontológicos para población campechana (diagnóstico/tratamiento).

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Diseño transversal analítico, con muestra "total disponible" (limitante Pandemia por Covid-19). Nuestros criterios de inclusión fueron firma del consentimiento informado, dentición permanente y residentes de Campeche; en exclusión contemplamos "imposibilidad de apertura bucal" y eliminación "sesgo de memoria". El instrumento de recolección tuvo 67 variables ( $r=1$ ). La estandarización fue intra e interobservador ( $kappa=8.0$ ), cuyo estándar de oro fueron cuatro especialistas. Los recursos materiales financiados con registro IDCA 31854 (PRODEP).

**RESULTADOS:** Revisadas 101 personas, con media de edad en 39.6 años + 17.2 años. El índice de CPOD fue 11.27+7.2, correlacionando edad con índice de CPOD el valor de  $p=0.000$  ( $\times 2$  con un IC 95%). Para uso de prótesis dental, el 77.2% no tenía, 41.6% requería en maxilar superior y 42.6% en el inferior; relacionando nivel socioeconómico y necesidad protésica el valor de  $p=0.030$ , con IC al 95%. La necesidad endodóntica fue de 17.8% para maxilar superior y 12.9% en inferior. Un 65.3% presento patologías bucales, siendo tipo de lesión y sitio asociado ( $p=0.000$ ). Se detectaron tres casos de LEOPM.

**CONCLUSIONES:** Existe gran necesidad de atención bucodental en nuestra población, siendo un desafío dentro del contexto general derivado de la pandemia vigente.

## OINV-02

### ANÁLISIS INMUNOHISTOQUÍMICO DE MMP1, MMP2 Y MMP9 EN AMELOBLASTOMA CONVENCIONAL

Valeria Sofía Sustaita Núñez; Alejandro Donohue Cornejo; Iris Azalea Perez De León; Francisco Germán Villanueva Sánchez; David Alonso Trejo Remigio; Luis Fernando Jacinto Alemán.

Licenciatura de Cirujano Dentista, Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. México

Departamento de Patología Oral y Maxilofacial, Programa de Cirujano Dentista, Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. México

Área de Patología Oral y Maxilofacial, ENES-León, Universidad Nacional Autónoma de México. México

Departamento de Medicina Oral y Patología, División de Postgrado e Investigación, Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México. México

**INTRODUCCIÓN:** Las metaloproteinasas son enzimas participantes en la remodelación tisular y su función se relaciona con procesos fisiológicos y patológicos, como invasión y metástasis. El ameloblastoma convencional (AMC) es una neoplasia epitelial benigna odontogénica intraósea caracterizada por una progresión lenta y localmente invasiva, cuyo crecimiento se vincula con el recambio óseo y remodelación de la matriz extracelular.

**OBJETIVO:** Determinar la presencia inmunohistoquímica de MMP-1, MMP-2 y MMP-9 en el AMC.

**MATERIALES Y METODOS:** Se realizó un estudio piloto observacional analítico utilizando cinco muestras de AMC. Los especímenes fueron recolectados aleatoriamente del archivo del Departamento de Patología Oral y Maxilofacial, ENES León, UNAM. Como grupo control se emplearon dos especímenes de foliculo dental, obtenido de pacientes con indicación de extracción por motivos ortodóncicos. Se realizó la

técnica de inmunohistoquímica por peroxidasa, recolectando nivel y proporción de inmunoexpresión de manera semicuantitativa.

**RESULTADOS:** Cuatro pacientes de género masculino y uno femenino, edad promedio de  $40.6 \pm 14.9$  años. Las muestras fueron obtenidas de la región mandibular posterior. Observamos dos especímenes con patrón folicular y tres con plexiforme. Las MMP-2 y MMP-9 se detectaron sólo en uno de los cinco especímenes, únicamente en el parénquima de la lesión, con proporción del 100%.

**DISCUSIÓN:** Nuestro análisis coincide con especificaciones de raza, edad, sexo y localización anatómica del AMC. Estudios previos consideran que debido al comportamiento del AMC existe gran presencia de enzimas que procesan la MEC, las MMPs desempeñan un papel crucial en la remodelación de esta. En nuestro análisis observamos una respuesta positiva a MMP-2 y MMP-9 en una sola muestra, esta presenta un patrón plexiforme predominante.

**CONCLUSIONES:** Según nuestro análisis inmunohistoquímico, las MMP-2 y MMP-9 son las metaloproteinasas participantes dentro de la patogénesis del AMC comparado a la MMP-1; no obstante, es necesario realizar este tipo de estudios en una población mayor.



**BUAP**

Facultad de Estomatología