



ISSN 2007-1221 (Impresa)
ISSN 2007-834X (En Línea)

Revista Odontológica Latinoamericana

Volumen 17, Suplemento 1, Mayo 2025

Publicación de la Universidad Autónoma de Yucatán
Facultad de Odontología
Mérida, Yucatán, México



Revista Odontológica Latinoamericana

Publicación de la Facultad de Odontología
Universidad Autónoma de Yucatán

Volumen 17, Suplemento 1, Mayo 2025

Director y Editor

José Rubén Herrera Atoche

Editor en Jefe

Florencio Rueda Gordillo

Comité Editorial

Bertha Arelly Carrillo Ávila
David Rafael Cortés Carrillo
Sandra Elena Hernández Solís
Víctor Manuel Martínez Aguilar
Alicia Leonor Pinzón Te
Iván Daniel Zúñiga Herrera

Consejo Editorial

Narda Yadira Aguilar Orozco, *Universidad Autónoma de Nayarit*
Álvaro Cruz González, *Universidad de Guadalajara*
Jorge Jaime Flores Treviño, *Universidad Autónoma de Nuevo León*
Eugenia del Socorro Guzmán Marín, *Universidad Autónoma de Yucatán*
Antonio Herrera Luna, *Universidad Autónoma de Nuevo León*
Sergio Kuttler, *Nova Southeastern University*
Carlos Juan Liceaga Escalera, *Universidad Nacional Autónoma de México*
Alma Rosa Rojas García, *Universidad Autónoma de Nayarit*
Adolfo Yamamoto Nagano, *Universidad Nacional Autónoma de México*

Diseño y Edición

Miguel Antonio Briceño Quijano



La Revista Odontológica Latinoamericana es una publicación arbitrada e indizada en IMBIOMED (<http://www.imbiomed.com>)
y LATINDEX (<http://www.latindex.unam.mx>)

© Derechos Reservados
Universidad Autónoma de Yucatán

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN

Calle 60 No. 491A x 57.
Col. Centro, C.P. 97000.
Mérida, Yucatán, México.

DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO ACADÉMICO

Coordinación de Extensión
Departamento Editorial
Calle 61 No. 526 x 66 y 68,
Col. Centro, C.P. 97000
Mérida, Yucatán, México
Tel: (52) (999) 924-72-60
Fax: (52) (999) 923-97-69

DIRECTORIO

M. en C. Carlos Alberto Estrada Pinto
Rector

M. en O. Rubén Armando Cárdenas Erosa
Director de la Facultad de Odontología

Dra. Marcela Zamudio Maya.
Directora General de Desarrollo Académico

REVISTA ODONTOLÓGICA LATINOAMERICANA Volumen 17, Suplemento 1, Mayo 2025

REVISTA ODONTOLÓGICA LATINOAMERICANA, Volumen 17, Suplemento 1, Mayo 2025, es una publicación semestral editada por la Universidad Autónoma de Yucatán, a través de la Facultad de Odontología, con dirección en Calle 61A, No. 492A x Av. Itzáes y 90. Col. Centro, C.P. 97000. Mérida, Yucatán, México. Teléfonos (52) (999) 923-67-52 y 924-05-08, Fax (52) (999) 923-92-53. Correo electrónico: rol@correo.uady.mx, Sitio web: www.odontologia.uady.mx/revistas/rol. Editor responsable: Dr. Florencio Rueda Gordillo. Es una publicación científica arbitrada e indizada.

Número de Reserva de Derechos al uso exclusivo, 04-2017-121816385700-203, ISSN impreso 2007-1221, ISSN electrónico 2007-834X, otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor.

Los trabajos aquí publicados deberán ser originales y pertenecerá a **REVISTA ODONTOLÓGICA LATINOAMERICANA** la propiedad literaria de los mismos, por lo que está prohibida la reproducción parcial o total de su contenido por cualquier medio, ya sea impreso o electrónico sin autorización de los editores de la revista y será necesario mencionar la fuente. **REVISTA ODONTOLÓGICA LATINOAMERICANA** no será responsable de las opiniones expresadas por los autores.

La subscripción anual en la República Mexicana es de \$200.00 moneda nacional y en el extranjero de \$20 USD.

La portada, imagen y diseño, fueron creados por Miguel Antonio Briceño Quijano.

14o Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Patología y Medicina Bucal, Colegio A.C



MEMORIAS

**Editores de las Memorias del
14o Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Patología
y Medicina Bucal, Colegio A.C**

**Cuerpo Académico: Diagnóstico Molecular, Patología y Microbiología Experimental Odontológica
Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP)**

Dra. Saray Aranda Romo,
Dr. Luis Octavio Sánchez Vargas,
MCO. Juan Antonio Cepeda Bravo,
Dr. Raúl Márquez Preciado,
Dr. José Arturo Garrocho Rangel

**Cuerpo Académico: Microbiología, Patología y Biología Molecular Odontológica
Universidad Autónoma de Yucatán (UADY)**

Dra. Esperanza Mercedes Lama González,
Dra. Sandra Elena Hernández Solís
Dr. Florencio Rueda Gordillo

**Cuerpo Académico: Patología Bucal
Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)**

Dr. Luis Alberto Gaitán Cepeda



Mensaje de Bienvenida

Es un honor darles la más cordial bienvenida al 14º Congreso de Patología y Medicina Bucal, que este año tenemos el privilegio de celebrar en la vibrante ciudad de Tijuana.

Este encuentro representa una valiosa oportunidad para reunirnos como comunidad especialistas en patología, bucal, profesionistas y alumnos comprometidos con el estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan el complejo orofacial. Durante estos días, tendremos el placer de compartir avances científicos, experiencias clínicas y enfoques innovadores con ponentes de México e internacionales que fortalecen nuestra práctica profesional y nuestro compromiso con la salud de nuestros pacientes.

Parte de nuestro interés es invitar a las nuevas generaciones a despertar el interés por el área de la patología y medicina bucal ya que de ellos es el porvenir de nuestra área

Agradecemos profundamente la presencia y participación activa de todos y cada uno de los participantes, que sin duda enriquecerán cada conferencia, taller y espacio de diálogo.

Deseamos que este congreso sea una experiencia académica estimulante y que su estancia en Tijuana sea tan enriquecedora como agradable.

¡Bienvenidos al 14º Congreso de Patología y Medicina Bucal!

**Dr. Gerardo Meza García
Presidente AMPMB
2024-2025**

RESUMENES

CASOS CLÍNICOS LICENCIATURA ORAL

CLO1 - HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELIOIDE EN LENGUA. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA	11
CLO2 - QUERATOQUISTE ONTOGÉNICO MÚLTIPLE, DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES GENÉTICOS, REPORTE DE UNA SERIE DE CASOS.....	12
CLO3 - TUMOR EN LABIO SUPERIOR DE MÚSCULO LISO: REPORTE DE CASO.....	13

CASOS CLÍNICOS LICENCIATURA CARTEL

CLC1 - MIXOGLOBULOSIS EN MUCOCELES ORALES: COMPENDIO DE TRES CASOS.....	14
CLC2 - SÍNDROME DE LAUGIER-HUNZINKER, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA	15
CLC3 - CARCINOMA SECRETOR DE GLÁNDULA PARÓTIDA: PRESENTACIÓN DE CASO	16
CLC4 - SÍNDROME DE EVANS. CASO CLÍNICO.....	17
CLC5 - QUISTE PERIODONTAL LATERAL INFECTADO: PRESENTACION DE CASO CLINICO	18
CLC6 - QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO UNQUÍSTICO, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA.....	19
CLC7 - DISPLASIA FIBROSA CRANEOFACIAL, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA	20
CLC8 - FIBROMA AMELOBLÁSTICO: REPORTE DE UN CASO.....	21
CLC9 - QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO EN MANDÍBULA.....	22

CASOS CLÍNICOS POSGRADO ORAL

CPO1 - SCHWANNOMA LINGUAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO	23
CPO2 - AMELOBLASTOMA CONVENCIONAL CON ANTECEDENTE DE DIAGNÓSTICO Y ABORDAJE ERRÓNEO, REPORTE DE CASO	24
CPO3 - CARCINOMA CUNICULATUM EN MAXILAR: REPORTE DE CASO	25
CPO4 - MANIFESTACIONES ORALES DE TUMORES METASTÁSICOS. REPORTE DE DOS CASOS.....	26
CPO5 - FIBROLIPOMA ORAL: DIAGNÓSTICO Y MANEJO A TRAVÉS DE BIOPSIA EXCISIONAL. REPORTE DE UN CASO	27
CPO6 - NEOPLASIAS BASALOIDES: ATIPIA DE SIGNIFICADO INCIERTO EN SISTEMA MILÁN PARA REPORTE CITO- TOPATOLÓGICO DE GLÁNDULAS SALIVALES, REPORTE DE UN CASO	28

CPO7 - CARCINOMA ODONTOGÉNICO DE CÉLULAS CLARAS: UN RETO DIAGNÓSTICO.	29
CPO8 - DESAFÍO DIAGNÓSTICO DE LAS PROLIFERACIONES FUSIFORMES: ¿LESIÓN REACTIVA O SARCOMA?	30

CASOS CLÍNICOS POSGRADO CARTEL

CPC1 - CARCINOMA ADENOIDEO QUISTICO. PRESENTACION DE UN CASO Y REVISION DE LITERATURA.....	31
CPC2 - FIBROMAS CEMENTO-OSIFICANTES MÚLTIPLES: REPORTE DE UN CASO	32
CPC3 - LESIÓN PIGMENTADA EN PALADAR, RETO DIAGNÓSTICO: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO	33
CPC4 - PLASMOCITOMA EN MANDÍBULA: REPORTE DE UN CASO	34
CPC5 - ANGIOFIBROMA NASOFARÍNGEO. REPORTE DE CASO	35
CPC6 - QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO	36
CPC7 - REHABILITACIÓN DE PIEZAS DENTALES TEMPORALES FUSIONADAS	37
CPC8 - MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL LIQUEN PLANO ORAL: CASO CLÍNICO Y ENFOQUE TERAPÉUTICO	38
CPC9 - ÚLCERA BUCAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE INMUNOSUPRESIÓN	39
CPC10 - ABORDAJE DIAGNÓSTICO DE LIQUEN PLANO AMPOLLOSO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO	40

CASOS CLÍNICOS LIBRE ORAL

CLB1 - CORRELACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA EN EL DIAGNÓSTICO DE UNA LESION EN ENCÍA DE ASPECTO HIPERPLÁSICO	41
CLB2 - PAPULOSIS LINFOMATOIDE ORAL. INFORME DE UN CASO	42
CLB3 - LESIONES BUCALES COMO COMPONENTE DE SÍNDROME PRENEOPLÁSICO HAMARTOMATOSO. REPORTE DE CASO	43
CLB4 - MIOFIBROMA INTRAÓSEO: REPORTE DE CASO EN PACIENTE PEDIÁTRICO	44
CLB5 - DESAFIO DIAGNÓSTICO EN TUMOR MANDIBULAR: REPORTE DE CASO	45
CLB6 - PÉNFIGO PARANEOPLÁSICO EN UNA PACIENTE JOVEN: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.....	46

INVESTIGACIÓN CARTEL LICENCIATURA

ICL1 - ENFERMEDADES BUCALES EN USUARIOS DEL CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL “CIUDAD DE LOS NIÑOS”, PATRONATO PRO-CASA DEL NIÑO EN OAXACA A.C.	47
ICL2 - CAMBIOS EN LA PRESIÓN ARTERIAL POR ANESTESIA LOCAL ADMINISTRADA MEDIANTE TÉCNICA TRONCULAR DENTARIA INFERIOR EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA.	48

INVESTIGACIÓN CARTEL POSGRADO

ICP1 - PREVALENCIA DE ANOMALÍAS DENTALES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ATENDIDOS EN POSGRADO UABC .	49
ICP2 - FRECUENCIA DE CÁNCER BUCAL EN CENTRO DE DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO EN LA CIUDAD DE DURANGO EN UN PERIODO DE 10 AÑOS	50
ICP3 - IOMARCADORES SALIVALES EN LA ARTRITIS REUMATOIDE Y PERIODONTITIS: HERRAMIENTAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y MONITOREO DE LA INFLAMACIÓN SISTÉMICA.....	51
ICP4 - PREVALENCIA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO 16 DE ALTO RIESGO EN POBLACIÓN INFANTIL DE UNA COMUNIDAD RURAL DE BAJA CALIFORNIA	52

INVESTIGACIÓN LIBRE CARTEL

ILB1 - CARACTERÍSTICAS DEL ESTILO DE VIDA DE ADULTOS DE OAXACA CON TERCEROS MOLARES PARCIALMENTE ERUPCIONADOS	53
ILB2 - PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS ORALES SEGÚN LA FRECUENCIA DE VISITAS ODONTOLÓGICAS EN HABITANTES DEL ESTADO DE OAXACA, MÉXICO.....	54

HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELIOIDE EN LENGUA. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Erick Pérez Ordaz, Carlos Iván Cota Zavala, Dana Valeria Ponce Vera, Adamari Reséndiz Hernández,
Fabián Ocampo Acosta

Facultad de Odontología Tijuana
Universidad Autónoma de Baja California México

INTRODUCCIÓN:

El hemangioendotelioma epitelioides es una neoplasia vascular de incidencia poco frecuente y potencial maligno mínimo y limítrofe. Estos tumores se originan con mayor frecuencia en tejidos blandos, hígado y pulmones, y muy raramente en lengua. Fue descrito por primera vez por Weiss y Enzinger en 1982 como una masa con proliferación de células endoteliales eosinófilas redondas y vacuolización citoplasmática, epitelioides distintivo y un patrón de crecimiento que podría llegar a un diagnóstico diferencial de carcinoma, angiocentricidad frecuente y estroma mixohialino.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Paciente masculino de 65 años de edad con antecedentes de alcoholismo y tabaquismo; acude a la clínica universitaria por una masa indolora, con evolución de 6 meses, presente en el dorso de la lengua como un nódulo móvil, de consistencia firme con una úlcera en su superficie. En estudios preoperatorios, la biometría hemática reporta: Fosfatasa alcalina 282.9 U/L, GGT 122 U/L, plaquetas 132, glóbulos rojos 4.16; mientras que el tiempo de protrombina reporta: TP 13.8 segundos, INR 1.3. Se indicó realizar una toma de muestra mediante biopsia incisional. El paciente es diagnosticado con hema gioendotelioma epitelioides en base a los resultados del estudio histopatológico e inmunohistoquímica realizado posterior a la biopsia.

DISCUSIÓN:

El hemangioendotelioma epitelioides es una neoplasia vascular de etiología desconocida y malignidad limítrofe o intermedia, que se origina a partir de las células endoteliales. Con predilección hacia el sexo femenino, representa menos del 1% de todos los tumores vasculares. El examen histopatológico mostró una proliferación de células de aparente fenotipo endotelial de aspecto epitelioides conformando vasos sanguíneos de pequeño calibre.

CONCLUSIONES:

Los estudios de inmunohistoquímica demostraron ser la vía de diagnóstico más certera para identificar al hemangioendotelioma epitelioides. Se considera que se debe profundizar en la investigación de la patología previamente descrita para ampliar el catálogo de información de la misma.

QUERATOQUISTE ONTOGÉNICO MÚLTIPLE, DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES GENÉTICOS, REPORTE DE UNA SERIE DE CASOS

Pamela Reyes Olvera, Gerardo Meza García, Larissa Giovana Reyes López, Verónica Olvera Sumano

Escuela de Odontología, Universidad Regional del Sureste, URSE.

INTRODUCCIÓN:

El Queratoquiste odontogénico (OK) es una patología benigna derivada de los restos de la lámina dental que se caracteriza por poseer cantidades variables de queratina descamada. Suele presentarse como solitario o con presencia de quistes satélites.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Caso 1: Paciente femenina de 36 años, presenta un aumento de masa en la región del cuerpo mandibular izquierdo. A la exploración extraoral se observa asimetría facial, hipertelorismo moderado, así como abombamiento frontal. Con presencia de 3 lesiones diferentes. Caso 2: Paciente femenino de 20 años, presenta dolor en la región mandibular del lado izquierdo, con un aumento de volumen, abombamiento de corticales, sin adenomegalias, lesiones radiolúcidas de ambas ramas mandibulares, sin movilidad dental, a la punción presencia de material amarillento y caseoso. Caso 3: Paciente masculino de 16 años. Presenta dolor e inflamación del lado izquierdo con dos semanas de evolución, Se solicita tomografía identificando una lesión de agresividad alta en la hemimandíbula izquierda con expansión ósea. Del lado derecho se identifica lesión con las mismas características, pero con menor agresividad. En los 3 casos se realizó biopsia incisional dando como diagnóstico queratoquiste odontogénico.

DISCUSIÓN:

El síndrome de Gorlin, el síndrome de Noonan y el síndrome de Lowe Son trastornos genéticos que predisponen principalmente a la proliferación de tumores como los carcinomas basocelulares y queratoquistes maxilares.

CONCLUSIONES:

El diagnóstico oportuno de los diferentes trastornos genéticos puede aportar un tratamiento de menor invasión en futuros casos.

TUMOR EN LABIO SUPERIOR DE MÚSCULO LISO: REPORTE DE CASO

Yael Zuriel Rodríguez López¹, Fatima Del Muro Casas², Rogelio González-González³, José Edgar Garduño⁴,
Marcos Hernández Nava⁴, Víctor Hugo Toral Rizo¹.

¹Clínica de Medicina y Patología Bucal "Orocentro", Facultad de Odontología, Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMex), Toluca de Lerdo, México.

²Unidad Académica de Odontología, Universidad Autónoma de Zacatecas.

³Departamento de Investigaciones, Facultad de Odontología, Universidad Juárez del Estado de Durango.

⁴Centro Médico Adolfo López Mateos. Cirugía Maxilofacial.

INTRODUCCIÓN:

El Angioleiomioma es uno de los tres subtipos de leiomioma, esta variante es un tumor benigno de musculo liso extremadamente raro en cavidad bucal, representa solamente el 0.06% de tumores bucales, siendo el sitio más común el labio superior.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Hombre de 65 años acude a la clínica con un nódulo móvil, indoloro, de color violáceo y bien delimitado en el labio superior, refiere años de evolución. Se realiza diascopia la cual es negativa. Con diagnóstico presuntivo de Adenoma canalicular se decide realizar la biopsia incisional bajo anestesia local. El diagnóstico anatomopatológico es de Angioleiomioma. Se realiza la remoción total de la lesión con anestesia infraorbitaria y se disecciona con bisturí hasta el plano muscular dejando el lecho quirúrgico libre de lesión. Se confirma el diagnóstico en la pieza quirúrgica y con estudios de inmunohistoquímica, específicamente actina de musculo liso (SMA) y CD34. A 2 años de seguimiento el paciente está libre de lesión.

DISCUSIÓN:

El Angioleiomioma es común en zonas con abundante musculo liso, como lo puede ser el miometrio, tracto digestivo, así como extremidades. Sin embargo, su origen en cabeza y cuello, incluyendo a la cavidad oral, es poco clara, se ha mencionado que su origen se debe a vasos sanguíneos específicamente a la región de la túnica media. En cavidad bucal los sitios más comunes donde afecta esta entidad son: labios, paladar, mucosa bucal y lengua. La remoción quirúrgica completa es el tratamiento de elección y presenta bajos índices de recidiva.

CONCLUSIONES:

El diagnóstico de Angioleiomioma es la variante histológica de leiomioma más común. El diagnóstico diferencial incluye Adenoma canalicular, lipoma, neurilemoma y neurofibroma. El uso de marcadores de inmunohistoquímica y el correcto estudio patológico son necesarios para llegar a este diagnóstico.

MIXOGLOBULOSIS EN MUCOCELES ORALES: COMPENDIO DE TRES CASOS

Daniela Alejandra García Brambila¹, Nicolás Santiago Álvarez², Lizzeth Alejandra Santiago Zaragoza³,
Luis Fernando Hernández López³, Mario Nava Villalba¹.

¹Centro de Investigación y Diagnóstico de Patología, Departamento de Microbiología y Patología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

²Servicio de Cirugía Maxilofacial, División de Cirugía, OPD Hospital Civil de Guadalajara “Dr. Juan I. Menchaca”.

³Maestría en Patología y Medicina Bucal, Departamento de Clínicas Odontológicas Integrales, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

INTRODUCCIÓN:

El mucocelo es una de las lesiones de tejidos blandos más frecuentes en la mucosa oral, sobre todo en pacientes jóvenes, este fenómeno se da predominantemente por una ruptura en los conductos salivales, lo que provoca la extravasación mucosa, a pesar de ser tan frecuentes, existen variantes poco comunes, entre ellas los mucocelos con mixoglobulosis.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Se exponen tres casos de fenómeno de extravasación mucosa (mucocelo) con mixoglobulosis (FEMM), en pacientes masculinos de 35, 20 y 10 años de edad, los cuales presentaban un nódulo en mucosa labial inferior con 36, 39 y 6 meses de evolución, respectivamente, en uno de ellos la imagen macroscópica asemejaba “huevos de rana” o parásitos, en general todos los pacientes reportaron traumatismo constante; a nivel histológico se encontraban conformados por una estructura pseudoquística, delimitada por una gruesa cápsula de tejido de granulación que en su interior exhibían estructuras globulares de forma y tamaño variado, suspendidos en material mucoide.

DISCUSIÓN:

La mixoglobulosis representa una proporción de 0.32% de todos los casos de mucocelos, los cuerpos globulares carecen de revestimiento epitelial en su superficie, muestran un núcleo de material eosinófilo, laminado y/o amorfo, posiblemente análogos a los glóbulos observados en la mixoglobulosis apendicular, aunque, su etiología no se encuentra bien establecida, se especula que bacterias, restos epiteliales necróticos o cúmulos de fibrina actuarían como nidos para la mucina, induciendo un exuberante proceso reparador de la granulación capsular a consecuencia de una larga evolución y un traumatismo repetitivo.

CONCLUSIONES:

A pesar de su baja incidencia, la mixoglobulosis destaca por su morfología particular, en general, el FEMM no presenta diferencias significativas en términos de pronóstico o tratamiento, pero su patrón histológico inusual debe ser considerado al evaluar casos con historia de traumatismo persistente.

SÍNDROME DE LAUGIER-HUNZINKER, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA.

Emilia Yudith Granillo Silvas , Allan Ibarra Del Castillo

Departamento de medicina y ciencias de la salud, programa de odontología, Universidad de Sonora,
Hermosillo, Sonora, México.

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Laugier-Hunziker (SLH) es un trastorno pigmentario benigno caracterizado por la expresión única de la pigmentación de diferentes áreas del cuerpo. Ocurre predominantemente entre adultos de mediana edad y afecta a las mujeres con más frecuencia. Clínicamente, las lesiones pigmentadas mucocutáneas en SLH se presentan característicamente como máculas melanóticas en las áreas labial, oral y acral

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Se presenta paciente femenino de 42 años que acude a consulta por motivos de restauración dental. Al momento de la exploración física se identifican zonas pigmentadas en distintas tonalidades, formas y localizaciones. Se refiere a gastroenterólogo y endocrinólogo para realizar futuros estudios. Posteriormente se emite el diagnóstico de síndrome de Laugier-Hunzinker.

DISCUSIÓN:

En la actualidad a pesar de desconocerse la etiopatogenia del SLH, se sabe que la gran mayoría de los casos se presentan de manera esporádica. Uno de los mayores desafíos para el odontólogo es el desconocimiento de las diversas lesiones pigmentadas que se pueden presentar en cavidad oral.

CONCLUSIONES:

La relevancia de la labor del odontólogo con estos casos radica en poder reconocerlos a tiempo y saber emplear los respectivos criterios para descartar aquellas entidades similares con mayor implicación clínica.

CARCINOMA SECRETOR DE GLÁNDULA PARÓTIDA: PRESENTACIÓN DE CASO

Génesis Mishel Lucero Vallejo¹, Stephany Elizabeth Paladines Calle², Xavier Palacios Astudillo², Verónica Sibre Llivisaca², Sebastián Coronel Montero²

¹Carrera de Odontología de la Universidad Internacional del Ecuador, Quito, Ecuador

²Laboratorio de Anatomía Patológica H&E, Cuenca, Ecuador

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma secretor es una neoplasia maligna monofásica de las glándulas salivales, que presenta un patrón de crecimiento lobulado compuesto por estructuras microquísticas, tubulares, foliculares y papiloquísticas, con secreciones lumbinales distintivas. Representa aproximadamente el 5% del total de tumores malignos de las glándulas salivales. Se caracteriza por ser morfológicamente, inmunohistoquímicamente y genéticamente similar al carcinoma secretor de mama, se asocia con un reordenamiento específico de los genes *ETV6* o *RET*.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Paciente masculino de 75 años, sin antecedentes patológicos relevantes, con asimetría facial y aumento de volumen en la región parotídea izquierda de seis meses de evolución. Refiere dolor localizado y limitación de la apertura bucal. La tomografía computarizada craneofacial muestra una imagen heterogénea con realce de contraste, dependiente de la glándula parótida izquierda, involucrando tanto el lóbulo superficial como el profundo, con nódulos quístico-sólidos y límites poco definidos. Con base en los hallazgos histológicos y los resultados de los estudios de inmunohistoquímica, se establece el diagnóstico de Carcinoma Secretor.

DISCUSIÓN:

Debido a sus características morfológicas, debe considerarse en el diagnóstico diferencial al carcinoma de células acinares y al carcinoma mucoepidermoide. En este caso, se observó positividad para los marcadores CK7, PS100, SOX10 y mamaglobina, mientras que los anticuerpos DOG1, p63 y p40 resultaron negativos, permitiendo excluir los diagnósticos diferenciales.

CONCLUSIONES:

El carcinoma secretor de glándula salival es una neoplasia poco frecuente que presenta características patológicas distintivas. Tiene un bajo riesgo de recurrencia local y una buena supervivencia a largo plazo. Aunque el riesgo de metástasis a distancia es bajo, existe un mayor riesgo de metástasis en los ganglios linfáticos locorregionales.

SÍNDROME DE EVANS. CASO CLÍNICO

Lilly Esquivel-Pedraza¹, **Abdías Israel González-Cano¹**, Laura Fernández-Cuevas²

¹Departamento de Dermatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”.

²Clínica de Patología bucal. Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua”.

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Evans es una enfermedad infrecuente, autoinmune, que se caracteriza por la destrucción inmunológica de eritrocitos, leucocitos y/o plaquetas. El objetivo de este cartel es presentar sus manifestaciones en boca.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Paciente de sexo femenino de 21 años de edad, en estudio por sospecha de enfermedad de la colágena, con historia de trombocitopenia, artralgias, úlceras bucales tipo afta y diagnóstico de síndrome de Evans, con manejo previo con inmunomoduladores, suspendidos un mes previo, por reacción anafiláctica. Intrabucalmente, se detectó palidez de mucosas, xerostomía, candidosis eritematosa, fisuras y atrofia sutil de bordes laterales linguales; así como eritema gingival asociado a PDB. Entre los estudios de laboratorio solicitados desde su ingreso, se incluyeron valores de coagulación, hemólisis, rastreo de anticuerpos/pruebas de cruce, inmunoglobulinas, inmunológicos y perfil de nutrimentos, entre otros. El manejo incluyó antimicótico tópico, administración de polivitamínicos y canalización odontológica para profilaxis dental. Se observó mejoría de las mucosas, así como serológica, a los 18 meses de seguimiento.

DISCUSIÓN:

Los pacientes con Síndrome de Evans pueden mostrar manifestaciones clínicas bucales y de laboratorio, que pueden pasar inadvertidas para el clínico poco experimentado en este tipo de casos. El tratamiento sistémico y el manejo tópico, conjuntamente con el control serológico y estrecho seguimiento, fueron requeridos en este paciente. Históricamente, en boca solo se han descrito lesiones hemorrágicas en el Síndrome de Evans, específicamente sangrado mucogingival. Este es un primer caso describiendo otras manifestaciones presentadas en la mucosa bucal.

CONCLUSIONES:

Dada la rareza de esta enfermedad, el patólogo bucal debe familiarizarse en la detección, diagnóstico y manejo del paciente con Síndrome de Evans, y trabajar multidisciplinariamente, para obtener la calidad requerida en su atención.

QUISTE PERIODONTAL LATERAL INFECTADO: PRESENTACION DE CASO CLINICO

Héctor Aldair Mendoza Hernández¹, Gerardo Meza García², Eréndira García Álvarez²

1. Facultad de Odontología, Universidad Autónoma "Benito Juárez" de Oaxaca,
2. Clínica dental BUCAL MEGA

INTRODUCCIÓN:

El quiste periodontal lateral (LPC) es un quiste odontogénico de origen epitelial intraóseo no inflamatorio relativamente raro que afecta principalmente a personas entre la quinta y séptima década de la vida, localizado entre las raíces de los dientes vitales. Generalmente es asintomático y radiográficamente se caracteriza por una lesión radiolúcida ovoide o redonda bien circunscrita con un margen esclerótico. Histológicamente se caracteriza por una cavidad unquística revestida por una a cinco capas delgadas de células epiteliales escamosas no queratinizadas cubicas a estratificadas sostenidas por una pared de tejido conectivo.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Paciente femenina de 35 años de edad presentó aumento de volumen en la zona anterior del paladar refiriendo dolor leve con 1 mes de evolución, la radiografía dentoalveolar mostro una lesión radiolúcida entre los incisivos centrales superiores, se realizó enucleación de la lesión obteniendo una capsula con tejido inflamatorio mixto severo y difuso. Los diagnósticos incluyeron quiste del conducto nasopalatino, queratoquiste odontogénico y quiste periodontal. Posteriormente se realizó cirugía para regeneración ósea guiada con membrana de colágeno y aloinjerto de hueso cortical liofilizado la cual ocurrió sin complicaciones. El estudio de patología confirmo el diagnóstico de quiste periodontal lateral con proceso inflamatorio agregado.

DISCUSIÓN:

El quiste periodontal lateral es un quiste odontogénico del desarrollo de los maxilares, debido a su naturaleza es asintomático hasta que la lesión quística se infecte secundariamente por un proceso inflamatorio por la enfermedad periodontal, lo cual puede cambiar las características clásicas de la histopatología de la lesión.

CONCLUSIONES:

El (LPC) es un quiste odontogénico del desarrollo relativamente raro y aún más si este se infecta secundariamente por lo que su diagnóstico clínico y radiográfico es complicado, la biopsia es imprescindible para el diagnóstico definitivo, la regeneración ósea guiada puede ayudar a restaurar el daño causado por la lesión quística.

QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO UNIQUÍSTICO, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Itzel Aidam Casimiro Flores¹, Asael Castro Pico², Allan Ibarra Del Castillo¹

1. Departamento de medicina y ciencias de la salud, programa de odontología, Universidad de Sonora, Hermosillo Sonora, México.

2. Servicio privado de cirugía maxilofacial.

INTRODUCCIÓN:

El Queratoquiste Odontogénico (QQO) es un quiste del desarrollo odontogénico caracterizado por epitelio delgado, paraqueratinizado con núcleos del estrato basal en empalizada e hipercromáticos. Suele presentarse más en mandíbula que en maxilares y puede identificarse como una lesión radiolúcida bien delimitada de una cavidad (unilocular) o múltiples cavidades (multilocular) con la posibilidad de involucrar uno o más órganos dentales.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Se presenta masculino de 14 años de edad donde por hallazgo radiográfico, se identifica lesión radiolúcida unilocular pericoronar del órgano dental 38. Se procede a extraer tanto el diente como la lesión y se manda a analizar la totalidad de la muestra a laboratorio particular. Posteriormente se emite el diagnóstico de Queratoquiste Odontogénico.

DISCUSIÓN:

En 2005 la Organización Mundial de la Salud clasificó al QQO como tumor odontogénico queratoquístico debido a diversas características. Actualmente en la clasificación más actual, esta entidad está clasificada como lesión quística y no como neoplasia.

CONCLUSIONES:

El QQO debe de considerarse en toda lesión radiolúcida de cualquier tamaño y localización de maxilares y mandíbula. El diagnóstico definitivo es mediante estudio histopatológico. Debido a su naturaleza se requiere monitoreo a largo plazo.

DISPLASIA FIBROSA CRANEOFACIAL, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Maryuri Grijalva García¹, José Alberto Codina Silva², Allan Ibarra del Castillo¹

1. Departamento de medicina y ciencias de la salud, programa de odontología, Universidad de Sonora, Hermosillo, Sonora, México
2. Servicio privado de cirugía maxilofacial

INTRODUCCIÓN:

La Displasia fibrosa (DF) es un trastorno genético donde el hueso normal es reemplazado por tejido fibroso y trabeculado óseo irregular causando fracturas, deformidades e impidiendo la función de las estructuras anatómicas de la zona. Clínicamente puede afectar un hueso (monostótica) o múltiples (poliostótica). Cuando se comprometen exclusivamente huesos de la región craneofacial se denomina displasia fibrosa craneofacial (DFC). Se presenta generalmente en la infancia y principios de la adolescencia, sobretodo la poliostótica. Los huesos del macizo facial son los más afectados, presentes en un 10% de los casos monostóticos y cerca del 100% de los poliostóticos. Radiográficamente, la apariencia varía con la etapa de desarrollo y edad del paciente.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Se presenta paciente de sexo masculino de 24 años de edad por evidente asimetría facial. Se indica tomografía computarizada para identificar tanto aspecto como extensión de la lesión. Se indica toma de biopsia incisional, se manda a laboratorio particular y se emite el diagnóstico de Displasia fibrosa craneofacial

DISCUSIÓN:

En la mayoría de las ocasiones la DF suele empezar como una lesión asintomática y monostótica. En los casos de DFC donde la deformidad facial ya es severa, pueden asociarse con daños de estructuras circundantes importantes.

CONCLUSIONES:

La DF cuando se presenta en el macizo facial, requiere seguimiento a largo plazo hasta la maduración esquelética para interceptar posibles complicaciones. Por motivos funcionales y estéticos es requerido el manejo multidisciplinario.

FIBROMA AMELOBLÁSTICO: REPORTE DE UN CASO

María Fernanda Cabral Rodríguez¹, Lizbeth Gallegos Cota², Alejandra Rubio Chávez², Miguel Padilla Rosas¹, Mario Nava Villalba¹.

¹Centro de Investigación y Diagnóstico de Patología, Departamento de Microbiología y Patología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

²Cirujano Maxilofacial de práctica privada.

INTRODUCCIÓN:

El Fibroma Ameloblástico (FA) es una neoplasia benigna odontogénica de origen mixto, prevalente en hombres entre la primera y segunda década de vida, su localización más frecuente es en zona posterior mandibular y generalmente asociado a un órgano dentario (O.D.) retenido.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Paciente masculino de 17 años, como hallazgo radiográfico se observó una lesión radiolúcida multilocular en el cuerpo y rama mandibular derechos con bordes escleróticos, también se aprecia O.D. 47 retenido y desplazado hacia la región apical del O.D. 46. Se realiza la enucleación y curetaje de la lesión, en cuyo análisis histopatológico se observaron cordones, islas y nidos de epitelio odontogénico con epitelio central semejando "retículo estrellado", de estroma fibromixoide hiper celular semejante a la papila dental que forma focos de osteodentina y esferas de enameloides, dichos hallazgos fueron compatibles con FA.

DISCUSIÓN:

Según la clasificación actual de la OMS el FA es un tumor odontogénico mixto, cuyo componente mesenquimal recuerda a la papila dental y los elementos epiteliales son semejantes al órgano del esmalte primitivo, sin presencia de tejido dental, aunque pudieran existir algunos focos. El FA, junto con el Fibrodentinoma Ameloblástico (FDA) y el Fibroodontoma Ameloblástico (FOA) han suscitado una prolongada discusión sobre si son parte de un mismo espectro ontogénico, o bien FDA y FOA representan verdaderas neoplasias, ya que se han encontrado mutaciones asociadas a ellas. No obstante, la OMS no las incorpora como entidades y solo reconoce al FA.

CONCLUSIONES:

En nuestro caso, a pesar de que se identificaron zonas con tejido mineralizado, se diagnosticó como FA, debido a que aún no existen criterios diagnósticos específicos y a que el material mineralizado documentado en la literatura es extremadamente variable, por este motivo se requiere mayor información para entender mejor la naturaleza de la lesión y su relación con otras entidades.

QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO EN MANDÍBULA

Pamela Sofía Isais García¹, Gerardo Meza García¹, Javier Enrique Leyva Díaz²

¹ Escuela de odontología URSE, ² Facultad de Odontología de la UABJO

INTRODUCCIÓN:

El quiste óseo aneurismático (QOA) es un tumor benigno, osteolítico y localmente agresivo, que afecta principalmente a menores de 20 años, localizado en huesos largos y columna vertebral. Se caracteriza por dolor y riesgo de fracturas patológicas. Radiográficamente, presenta lesiones osteolíticas con apariencia de "burbujas de jabón". La biopsia es esencial para el diagnóstico. Histológicamente, son cavidades llenas de sangre separadas por

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Paciente masculino de 12 años con aumento de volumen en cuerpo mandibular de 8 meses de evolución. La tomografía mostró una lesión hipodensa interrumpiendo la cortical externa. Se realizó una biopsia de punción, obteniendo contenido hemático con células gigantes y tejido mineralizado. Los diagnósticos incluyeron hemangioma intraóseo, quiste óseo aneurismático y quiste infectado. Se aplicaron triamcinolona y polidocanol para escleroterapia, seguida de biopsia incisional que reveló tejido fibroso, mineralizado y células gigantes. Posteriormente, se realizó cirugía con colocación de una placa para reconstrucción mandibular, evolucionando sin recidivas a tres años. Estudio de patología confirmó el diagnóstico de quiste óseo aneurismático.

DISCUSIÓN:

Los QOA primarios se reconocen como neoplasias verdaderas por reordenamientos en los oncogenes USP6 y CDH11 en el 69% de los casos primarios. Los QOA secundarios, vinculados a otras lesiones óseas, carecen de estas alteraciones genéticas. La escleroterapia es una opción para reducir el riesgo quirúrgico y promueve la resolución del quiste mediante fibrosis

CONCLUSIONES:

El QOA es una lesión benigna que puede ser complicado su diagnóstico con biopsia incisional, la escleroterapia puede ayudar para disminuir los riesgos de sangrado.

SCHWANNOMA LINGUAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Abril Rivas Urquidí¹, Celina García Ramos², Celina Ceballos Sáenz³, Marianna Mireles Gallegos⁴

¹ Especialidad de Patología y Medicina Bucal, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

² Facultad de Estomatología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

³ Departamento de Estomatología, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

⁴ Hospital General de Zona 50 IMSS, San Luis Potosí.

INTRODUCCIÓN:

El schwannoma se clasifica como un tumor benigno de la vaina nerviosa, compuesto predominantemente por células de Schwann neoplásicas. Aunque la mayoría de las lesiones que se manifiestan en la cavidad oral son esporádicas, su etiología está vinculada a mutaciones en el gen supresor de tumores NF2, así como a enfermedades genéticas como la neurofibromatosis tipo 2 y la schwannomatosis.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Paciente masculino de 11 años, que presenta aumento de volumen asintomático de tres meses de evolución, en tercio anterior de la lengua lado izquierdo, de superficie lobulada y del color a la mucosa adyacente; se realiza biopsia excisional y se emite diagnóstico histopatológico de schwannoma.

DISCUSIÓN:

Se observa con mayor frecuencia en adultos jóvenes, particularmente entre la segunda y quinta década de vida, sin una predilección significativa por el sexo. De 40-42% de los casos se localizan en la región de cabeza y cuello, se han reportado 146 casos intraorales en la literatura desde 1980 hasta 2023.

CONCLUSIONES:

El schwannoma es una neoplasia de baja prevalencia; no obstante, en el ámbito intraoral, se presenta con mayor frecuencia en la lengua, lo que justifica su inclusión en los diagnósticos diferenciales de esta localización. Sin embargo, el diagnóstico definitivo se establecerá a través de estudios histopatológicos correspondientes.

AMELOBLASTOMA CONVENCIONAL CON ANTECEDENTE DE DIAGNÓSTICO Y ABORDAJE ERRÓNEO, REPORTE DE CASO

Daniel Gómez Campos¹, Ernesto Sandoval Ortiz², Jorge García Barragán¹, Luis Fernando López Hernández¹,
José Sergio Zepeda Nuño^{1,3}.

¹Maestría en Patología y Medicina Bucal. Departamento de Clínicas Odontológicas Integrales. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara.

²Práctica privada.

³Centro de Investigación y Diagnóstico de Patología. Departamento de Microbiología y Patología. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

INTRODUCCIÓN:

El ameloblastoma es una neoplasia odontogénica epitelial benigna intraósea de crecimiento progresivo, caracterizada por expansión y tendencia a la recurrencia local. Representa el 1% de todos los tumores de la cavidad oral, con una incidencia de 0.5 por millón de habitantes al año. Alrededor del 80% de los ameloblastomas se presentan en la mandíbula, con frecuencia en la región posterior.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Paciente femenino de 32 años de edad. Sin antecedentes relevantes para el caso. En los estudios de imagenología se observó una lesión radiolúcida, multilocular, de bordes definidos, de 3 a 4 centímetros, localizada en el cuerpo de la mandíbula hacia la zona del primer molar inferior izquierdo al tercer molar inferior izquierdo parcialmente erupcionado. La lesión presentaba 4 años de evolución y con antecedentes de diagnósticos y abordajes terapéuticos erróneos.

DISCUSIÓN:

Se ha observado una tasa de recurrencia del 50 al 90% tras el legrado, y de hasta el 15% luego de la resección marginal o en bloque de los ameloblastomas convencionales. En estos casos, es crucial realizar evaluaciones imagenológicas exhaustivas y a largo plazo. Además, es fundamental un análisis histopatológico detallado de la pieza quirúrgica completa para establecer un diagnóstico definitivo, así como la evaluación de los márgenes quirúrgicos para determinar el pronóstico y plan de tratamiento adecuado.

CONCLUSIONES:

A pesar de ser una neoplasia benigna, el ameloblastoma es un tumor localmente agresivo y altamente recidivante, por lo que es indispensable la correlación clínica, radiológica e histopatológica para realizar su diagnóstico. El uso de estudios de imagen como la tomografía computarizada (TC), es imprescindible para determinar la extensión de estas lesiones y establecer el plan de tratamiento más adecuado.

CARCINOMA *CUNICULATUM* EN MAXILAR: REPORTE DE CASO

Edmundo Fabila Osorio¹, Ernesto Sandoval Ortiz², Jorge García Barragán¹, Luis Fernando López Hernández¹, José Sergio Zepeda Nuño^{1,3}.

¹Maestría en Patología y Medicina Bucal. Departamento de Clínicas Odontológicas Integrales. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara.

²Práctica privada.

³Centro de Investigación y Diagnóstico de Patología. Departamento de Microbiología y Patología. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma *cuniculatum* (CC) es una variante rara del carcinoma oral de células escamosas (COCE) que representa el 1.9% del total, pesenta predileccion por el sexo femenino, principalmente entre la sexta y séptima décadas de la vida; histológicamente, exhibe una proliferación epitelial, exofítica organizada en patrones de hendiduras y túbulos, así como queratinización prominente.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Femenino de 62 años con una lesión de aspecto tumoral de aproximadamente 6 centímetros en el maxilar, con superficie ulcerada, y presencia de placas blancas, el tumor exhibe bordes poco definidos, consistencia firme y secreción blanco-amarillenta. Radiográficamente, se observa zona radiomixta de bordes irregulares en hemimaxila, proceso alveolar hasta distal del órgano dental 14.

DISCUSIÓN:

El CC tiene una patogénesis incierta. Clínicamente, esta entidad se presenta como una proliferación de superficie irregular, ulcerada, color rosa, rojo o blanco, de crecimiento invasivo y que puede producir queratina; tiene mayor predilección por el complejo gingivo alveolar mandibular. Imagenológicamente, a nivel del periostio el CC suele presentar lesiones osteolíticas mal definidas e incluso mostrar secuestros óseo; en el presente caso no encontramos estas características imagenológicas, por lo que resulta imprescindible realizar un análisis microscópico exhaustivo. Histológicamente, el CC exhibe un patrón endofítico en red laberíntica que forma criptas interconectadas, con queratina, escasa atipia celular y con un patrón de crecimiento lento que puede ser endofítico o exofítico. A pesar de su histología distintiva, al ser una variante rara y poco reconocida, puede ser susceptible a diagnóstico erróneo, siendo confundido con otras entidades.

CONCLUSIONES:

Es importante realizar la identificación de las variantes histológicas del COCE. El CC exhibe mejor pronóstico y comportamiento clínico respecto al COCE convencional. Es indispensable obtener una biopsia de adecuado espesor, así como un muestreo exhaustivo del espécimen para realizar el diagnóstico de CC.

MANIFESTACIONES ORALES DE TUMORES METASTÁSICOS. REPORTE DE DOS CASOS

Eric Zeta Castañeda¹, Michelle Monserrath Ramos Ocegueda², Adriana Alejandra Morales Valenzuela³, Wendy B. Pérez Báez⁴, Elías Nahum Salmerón Valdés³, Víctor Hugo Toral Rizo¹

¹ Clínica de Medicina y Patología Bucal "Orocentro", Facultad de Odontología, Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMex), Toluca de Lerdo, México.

² Unidad Académica de Odontología, Universidad Autónoma de Nayarit (UAN). Tepic, Nayarit.

³ Facultad de Odontología. Universidad Autónoma del Estado de México.

⁴ Instituto Nacional de Cancerología México. Departamento de Patología.

INTRODUCCIÓN:

Los tumores metastásicos en regiones orales y maxilofaciales son poco frecuentes, generalmente son indicadores de un proceso maligno en etapa terminal. Se ha reportado que los primarios con mayor prevalencia de metástasis a cavidad oral se originan en pulmón, mama, renal y colorrectal.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Caso 1: Hombre de 42 años acude a consulta en la Clínica Orocentro UAEMéx, por presentar aumento de volumen en encía a nivel de O. D. 34, de un mes de evolución, consistencia firme, ulcerado, sésil que se extiende de fondo de saco a lingual, asintomático, con hemorragias espontáneas. Con diagnóstico presuntivo de lesión reactiva vs Metástasis, se realiza biopsia escisional, el análisis histopatológico revela la presencia de matriz cartilaginosa y condrocitos, con disposición lobular y difuso, cambios mixoides y presencia de células ahusadas atípicas. Caso 2: Paciente Hombre 59 años acude a consulta por presentar tumor de 3.0 x 2.7 cm, localizado en dorso de lengua de lado izquierdo, que limita la fonación, deglución y refiere sintomatología dolorosa a la palpación. Se realiza biopsia incisional, en los cortes histológicos se observa neoplasia maligna, con un importante componente de células claras. Se solicitan estudio de laboratorio e inmunohistoquímica para confirmar el tumor primario de probable origen renal.

DISCUSIÓN:

La metástasis a cavidad bucal afecta principalmente a los tejidos blandos y duro en la región mandibular comparado con el área maxilar. La encía es un sitio común para neoplasias secundarias. Sin embargo, la apariencia clínica corresponde muchas veces a una lesión reactiva.

CONCLUSIONES:

Las lesiones metastásicas orales suelen tener un amplio espectro de diagnósticos diferenciales, por lo que representan un dilema en el proceso diagnóstico. En algunos casos el diagnóstico de tumor secundario permite el hallazgo de la neoplasia primaria. El pronóstico para estos pacientes es malo, con un corto periodo de supervivencia.

FIBROLIPOMA ORAL: DIAGNÓSTICO Y MANEJO A TRAVÉS DE BIOPSIA EXCISIONAL. REPORTE DE UN CASO.

Gilberto Reyes Martínez¹, Francisco de León Vigil¹, Fabián Ocampo Acosta¹.

¹Universidad Autónoma de Baja California

INTRODUCCIÓN:

El fibrolipoma es una variante histológica poco común del lipoma, en la cual las células adiposas neoplásicas están incrustadas junto con colágeno denso, se observa en pacientes mayores de 40 años. Puede presentarse en mucosa bucal, labios, lengua, paladar y piso de boca. Es benigno por naturaleza, su crecimiento puede interferir con el habla y masticación y se reporta poco. Los lipomas representan entre 1% y 4% de todas las lesiones benignas y los fibrolipomas constituyen el 1.6% de todos los lipomas.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Paciente femenina de 61 años, diagnosticada con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, a la exploración clínica se observa un nódulo, localizado en mucosa labial superior, de forma oval, tamaño 1cmX0.5cmX0.5cm, color similar a la de la mucosa que lo rodea, de consistencia firme, superficie lisa, con base pedunculada, sin sintomatología, tiempo de evolución indefinido asociado a prótesis parcial removible desajustada. Al microscopio presenta un aumento en el tejido conjuntivo el cual es fibroso denso irregular bien vascularizado entremezclado con el tejido adiposo de aspecto normal. En la base se observan haces musculares estriados y glándulas salivales menores mixtas de aspecto normal. El epitelio cubriendo la lesión es escamoso estratificado paraqueratinizado. Se retiran los puntos de sutura a una semana observando una resolución sin recidivas.

DISCUSIÓN:

Se sugieren varias etiologías, como la herencia, degeneración grasa, trauma, factores hormonales, infecciones, infartos, irritación crónica y alteraciones en el metabolismo de la glucosa y los lípidos. El curso clínico normalmente es asintomático y puede aparecer como una infiltración de los tejidos adyacentes, lo que puede generar dudas para el diagnóstico diferencial con lesiones malignas infiltrantes, como el liposarcoma.

CONCLUSIONES:

El principal objetivo de presentar este caso es generar conciencia sobre esta rara entidad clínica, que en ocasiones puede simular un crecimiento maligno.

NEOPLASIAS BASALOIDES: ATIPIA DE SIGNIFICADO INCIERTO EN SISTEMA MILÁN PARA REPORTE CITOPATOLÓGICO DE GLÁNDULAS SALIVALES, REPORTE DE UN CASO

Lizzeth Alejandra Santiago Zaragoza¹, Perla Dávila Villa², José Michel Contreras Rodríguez², Ana Graciela Puebla Mora³, Mario Nava Villalba³

¹Maestría en Patología y Medicina Bucal, Departamento de Clínicas Odontológicas Integrales, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

²Servicio de Cirugía Maxilofacial, División de Cirugía, OPD Hospital Civil Nuevo "Dr. Juan I. Menchaca"

³Centro de Investigación y Diagnóstico en Patología, Departamento de Microbiología y Patología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

INTRODUCCIÓN:

El sitio más común para los tumores de glándulas salivales es la glándula parótida, con un 61-80% de todos los casos, de los cuales un porcentaje relativamente bajo son malignos (15-32%). Entre los métodos auxiliares diagnósticos en glándulas salivales, la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) se considera el principal para las neoplasias salivales, dada su fácil implementación.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Paciente masculino de 86 años acude a consulta por aumento de volumen en región parotídea derecha; se somete a BAAF, donde se identificaron grupos hipercelulares, de aspecto epitelial y morfología, aunque basaloide, "blanda"; soportados por un estroma denso y hialino. Según el Sistema Milán, para Reporte Citopatológico de Glándulas Salivales (MSRSGC), se categoriza como IVB: Neoplasia de glándulas salivales de potencial maligno incierto (SUMP), con riesgo de malignidad del 35%. Posteriormente se realizó la escisión quirúrgica de la lesión, cuyo diagnóstico histopatológico definitivo fue compatible con un adenoma de células basales.

DISCUSIÓN:

El adenoma de células basales es una neoplasia benigna de glándulas salivales poco común (1-4%), siendo el 75% en parótida; de crecimiento lento y se presenta en adultos o en la séptima década de vida, con predilección femenina. La realización de BAAF como prueba diagnóstica eficaz de primera línea permite diferenciar entre lesiones neoplásicas y no neoplásicas, cuyo objetivo principal es la orientación clínica y quirúrgica. La sensibilidad y especificidad de la BAAF oscila entre el 91-93.94% y entre 94.92-97.48%, respectivamente, dependiendo de factores como la experiencia del operador, la calidad de las preparaciones citológicas, experiencia del citopatólogo, heterogeneidad morfológica de la lesión y presencia de componente quístico.

CONCLUSIONES:

El objetivo del MSRSGC es la estandarización del diagnóstico en seis categorías, con fines de orientación y comunicación entre especialistas para el tratamiento de estas afecciones, cuyo procedimiento no supe la necesidad de la confirmación del diagnóstico definitivo en la pieza quirúrgica.

CARCINOMA ODONTOGÉNICO DE CÉLULAS CLARAS: UN RETO DIAGNÓSTICO

Luis Orlando Cervantes Muñoz¹, Eduardo Alberto Magaña Cal¹, Marcela Vázquez Garduño¹, Ana María Cano Valdez², Katya Pulido Díaz¹.

¹Maestría en Patología y Medicina Bucal, Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Ciudad de México, México.

²Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México, México.

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma odontogénico de células claras (COCC) es una neoplasia maligna poco frecuente con mayor incidencia en la mandíbula. Esta entidad se caracteriza histológicamente por la presencia de células de morfología poligonal, cuboidal o columnar, que exhiben un citoplasma de apariencia clara, lo que genera un desafío diagnóstico por su similitud histopatológica con otras neoplasias malignas.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Hombre de 51 años que acudió a un servicio de Cirugía Maxilofacial (CMF) privado, con tumor que expandía cortical mandibular izquierda de evolución desconocida. Evaluación radiográfica: área radiolúcida multilocular de bordes mal definidos (OD 33-35). Inicialmente se realizó biopsia incisional y se emitió el diagnóstico de COCC, posteriormente el servicio de CMF realizó una resección en bloque.

DISCUSIÓN:

Histológicamente, la lesión está constituida por nidos y mantos de células poligonales y células claras con núcleos hipercromáticos excéntricos, dispuestas periféricamente en empalizada con polaridad invertida; en un estroma hialinizado, fusocelular pleomórfico y ocasionales áreas ductales. Además, esta neoplasia puede presentar diferenciación ameloblástica, células claras, estroma hialinizado y células fusiformes pleomórficas; hallazgos que son importantes para confirmar su naturaleza maligna. Aunque la presencia de estructuras ductales y depósitos eosinofílicos no modifican el diagnóstico, se sugiere descartar otras entidades, como el tumor odontogénico epitelial calcificante o el carcinoma mucoepidermoide.

CONCLUSIONES:

El COCC es un reto diagnóstico ya que es una neoplasia con marcada heterogeneidad morfológica y similitud histopatológica con otras neoplasias malignas. Su pronóstico es reservado, debido a su baja frecuencia, e insuficiencia de protocolos terapéuticos establecidos; por lo que resulta imperativo el seguimiento clínico a largo plazo. Está establecido en la literatura que el *estándar de oro* es la hibridación fluorescente in situ (FISH), detectando el reordenamiento del gen EWSR1, facilitando así, la confirmación diagnóstica.

DESAFÍO DIAGNÓSTICO DE LAS PROLIFERACIONES FUSIFORMES: ¿LESIÓN REACTIVA O SARCOMA?

María Fernanda Gómez Valdivia¹, Luis Uriel Rojas Barrera¹, Verónica Villatoro Ugalde^{2,3}, Adalberto Mosqueda Taylor¹.

¹Maestría en Patología y Medicina Bucal, Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Ciudad de México, México.

²Departamento de Dermatología del Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México, México

³Posgrado en la Universidad Intercontinental.

INTRODUCCIÓN:

Procedimientos previos a la toma de biopsia pueden propiciar la proliferación miofibroblástica y ocasionar cambios que simulen malignidad.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Hombre de 86 años con leucoplasia no-homogénea en borde lingual derecho. Se realiza biopsia incisional, con diagnóstico de displasia epitelial de bajo grado. Protocolariamente se realiza seguimiento de la lesión y al cabo de 2 años, presenta progresión a displasia epitelial de alto grado. Durante el seguimiento, la lesión se ulcera, desarrolla crecimiento de aspecto reactivo y genera molestias. Tras múltiples intentos de control con esteroide tópico sin éxito, se realizan 3 infiltraciones intralesionales (triamcinolona) y se observa crecimiento de la neoformación, por lo que se realiza nueva biopsia. El estudio histopatológico reveló una proliferación de células fusiformes con marcado pleomorfismo e hiperchromatismo, compatible con carcinoma sarcomatoide; sin embargo, los estudios de inmunohistoquímica a CKAE1/AE3 resultan negativos, mientras que la actina mostró positividad parcial.

DISCUSIÓN:

Se han descrito algunas lesiones reactivas con cambios celulares atípicos que dificultan la interpretación histológica, generadas a partir de biopsias por aspiración o punciones como en el presente caso. Esta hipótesis se confirmó con la regresión gradual de la lesión y una nueva biopsia incisional, que reveló displasia epitelial de bajo grado sin proliferación de células fusiformes atípicas, confirmando así la naturaleza reactiva de la lesión y sugiriendo un probable origen miofibroblástico.

CONCLUSIONES:

El diagnóstico preciso de lesiones complejas requiere la correlación clínico-patológica, complementada con un seguimiento clínico riguroso. Este caso resalta la importancia de identificar lesiones reactivas atípicas y subraya la necesidad de una evaluación integral de lesiones con características inusuales para evitar errores diagnósticos y procedimientos terapéuticos innecesarios.

CARCINOMA ADENOIDEO QUÍSTICO. PRESENTACION DE UN CASO Y REVISION DE LITERATURA.

García López Aaron Alberto¹, Guzmán Gastelum Dalia Abril², De la Torre Morán Gerardo², Espinosa Cristóbal León Francisco², Donohue Cornejo Alejandro².

¹Especialidad en Patología y Medicina Bucal, Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Chihuahua, México.

²Departamento de Estomatología de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Chihuahua, México.

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma adenoideo quístico (CAQ) Es un tumor maligno invasivo que histológicamente se compone por células epiteliales y mioepiteliales dispuestas en un patrón sólido, tubular y cribiforme. Tiene una ligera predilección por el sexo femenino con una edad media de 60 años. Su localización más frecuente son las glándulas salivales mayores 60% y menores en un 30%, siendo la glándula parótida, submandibular y el paladar los sitios principales.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Paciente femenino de 24 años la cual acude a consulta por presentar una masa tumoral en maxilar con dificultad respiratoria. La paciente refiere malestar en la zona con historia previa de toma de biopsia incisional con un reporte de biopsia insuficiente para diagnóstico ya que se reportó tejido necrótico, se indicó estudios imagenológicos donde se observa lesión destructiva a nivel maxilar y se indica nuevamente toma de biopsia incisional resultando tejido necrótico motivo por el cual cirujano oncólogo y maxilofacial deciden eliminar la lesión en su totalidad por el crecimiento expansivo.

DISCUSIÓN:

El (CAQ) representa el 25% de todas las neoplasias malignas de glándulas salivales. Se han reportado mutaciones del gen BRCA 1/2 en un 50% y translocaciones del gen MYBL1 en un 5% de los casos reportados. Clínicamente se presenta como un aumento de volumen de crecimiento lento que puede presentar un cuadro doloroso y parestesia. Posee un grado elevado de metástasis a ganglios linfáticos, pulmones y otros órganos, respecto a otras entidades malignas glandulares. Presenta una supervivencia del 50-60% a 10 años de sobrevida.

CONCLUSIONES:

Resaltar la importancia de la detección temprana de entidades malignas con potencial metastásico alto mediante un adecuado diagnóstico, manejo quirúrgico del paciente y posterior seguimiento para preservar la salud del paciente evitando recidivas.

FIBROMAS CEMENTO-OSIFICANTES MÚLTIPLES: REPORTE DE UN CASO

Vargas Covarrubias Antonio Abraham¹, Ayón Suárez Ana Gabriela², Marisol Godínez Rubí³,
Nava Villalba Mario³.

¹Maestría en Patología y Medicina Bucal, Departamento de Clínicas Odontológicas Integrales, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

²Práctica privada

³Centro de Investigación y Diagnóstico de Patología, Departamento de Microbiología y Patología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

INTRODUCCIÓN:

El Fibroma cemento-osificante (FCO) es una neoplasia mesenquimal benigna compuesta por tejido fibrocelular y cantidades variables de material mineralizado osteoide o cementoide, afectando principalmente maxilar y mandíbula. La edad media de diagnóstico es 35 años teniendo predilección femenina, con una proporción 5:1. Su presentación múltiple es inusual y generalmente se asocia al Síndrome de hiperparatiroidismo y tumores maxilares (HPT-JW por sus siglas en inglés), la patogenia de este se ha relacionado con mutaciones en *CDC37* (*HRPT2*).

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Femenina de 36 años de edad atendida por facultativo en Cirugía maxilofacial, debido a 4 zonas radiolúcidas localizadas en mandíbula y maxilar de forma y tamaño variables, sin signos o síntomas asociados en la exploración clínica; se indica tomografía de haz cónico para planificación quirúrgica; se realizan enucleación y curetaje de estas y se someten a estudio histopatológico, mostrando múltiples FCO; en sus antecedentes heredofamiliares su hermana fue diagnosticada con una lesión en maxilar inespecífica. Ante esta presentación multifocal se sospecha de posible HPT-JW; los estudios de paratohornona, fósforo, calcio, fosfatasa alcalina y magnesio séricos, resultaron normales; por lo que se indica estudio genético para identificar la presencia de la mutación, el cual se encuentra pendiente; un año después la paciente muestra dos nuevas lesiones.

DISCUSIÓN:

El HPT-JW presenta lesiones renales (hamartomas, quistes y tumor de Wilms), adenomas tiroideos, e incluso carcinoma papilar de tiroides, por lo que es imprescindible su diagnóstico. Sin embargo, algunos casos de HPT-JW pueden cursar con valores de paratohornona normales o asintomático e incluso no reflejar valores de hipercalcemia; no obstante, ante la identificación de datos relevantes en la historia clínica como, afectación familiar y nuevas/múltiples lesiones, vale la pena descartar el trastorno mediante un estudio genético. Además, los casos no asociados a HPT-JW son en extremo infrecuentes.

CONCLUSIONES:

Ante la identificación de FCO múltiple se debe prestar especial atención a la historia y toda la información clínica referente al paciente debido a su potencial asociación con el HPT-JW.

LESIÓN PIGMENTADA EN PALADAR, RETO DIAGNÓSTICO: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Blanca Esmeralda Vázquez Báez¹, Héctor Esquivias Lozano², Ulises Vázquez Zúñiga¹, Alberto Flores Longoria¹, José David Ramos Baena¹, Karla Mayela Avelar Juárez¹.

¹Universidad Nacional Autónoma de México, ENES Unidad León (Especialidad de Patología Oral y Maxilofacial)

²Hospital General Regional No. 58 del Instituto Mexicano del Seguro Social

INTRODUCCIÓN:

En cavidad oral pueden presentarse lesiones pigmentadas como nevos melanocíticos, melanoacantoma y melanoma. De estos, el melanoma es una neoplasia maligna con mal pronóstico, la presentación clínica puede mimetizar con otras lesiones por lo que el diagnóstico histopatológico es vital acompañado de una biopsia adecuada.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

En Clínica de Patología Oral y Maxilofacial UNAM ENES León se recibió espécimen de paciente femenino de 43 años que presentaba mácula en paladar duro y blando, color negro con áreas café claro y café oscuro, emitiendo diagnóstico histopatológico de melanoacantoma. Dos meses después, la paciente refirió aumento de tamaño de la lesión, se realizó una biopsia de sitios representativos. Histopatológicamente se observó una neoplasia con presencia de pigmentación en lámina basal, pleomorfismo celular e hiper cromatismo nuclear y depósitos de melanina subepitelial, con positividad para Melan A, Ki67, S-100, SOX10, HMB45, emitiendo diagnóstico definitivo de melanoma, refiriéndose a servicio de oncología para tratamiento.

DISCUSIÓN:

El objetivo principal de la biopsia en una lesión pigmentada, es descartar malignidad. El pronóstico de pacientes con estas lesiones malignas, se relaciona con el grado de invasión y diseminación. Para la estadificación, una biopsia incisional generosa en ancho y profundidad, en el área con el crecimiento o cambio más representativo, permite un análisis más completo.

La aplicación de criterios histológicos es un proceso subjetivo, por lo que una sección que no presente características óptimas impactará en el diagnóstico, y dadas las implicaciones terapéuticas, debemos apoyarnos con otras técnicas. Estudios inmunohistoquímicos muestran reactividad en el melanoma para S-100, SOX-10 y Melan A, como los realizados en la paciente.

CONCLUSIONES:

El diagnóstico y tratamiento precoz son clave para mejorar el pronóstico, de manera que se deberá realizar biopsia en toda lesión pigmentada, con sospecha de malignidad, donde las técnicas de inmunohistoquímica, nos ayudarán a establecer mayor certeza histopatológica.

PLASMOCITOMA EN MANDÍBULA: REPORTE DE UN CASO

Francisco Javier Mejía Pérez¹, José Valente Fuentes Andrade², Eduardo Alonso Cruz Monroy¹,
José David Ramos Baena¹, Nancy Pérez Cornejo¹

¹Universidad Nacional Autónoma de México, ENES Unidad León (Especialidad de Patología Oral y Maxilofacial).

²Práctica privada.

INTRODUCCIÓN:

El plasmocitoma es una neoplasia maligna de células plasmáticas que afecta a uno o múltiples huesos. La mandíbula es un sitio poco común de afectación, presentándose principalmente en hombres con edad promedio de 55 años. Clínicamente se manifiesta con dolor, parestesia, movilidad dental, inflamación y fracturas patológicas, los diagnósticos diferenciales son gingivitis de células plasmáticas, linfoma no Hodgkin y melanoma, el diagnóstico se establece a través de imagenología, biopsia, estudio histopatológico e inmunohistoquímica. Histológicamente se compone por células monoclonales atípicas, células gigantes y depósitos de amiloide, el tratamiento es con cirugía, radioterapia, o ambas, con una supervivencia del 50% al 80% a los 10 años y en recidiva, desciende al 16%.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Femenino de 60 años de edad con aumento de volumen ulcerado en reborde alveolar derecho de 2 x 2 cm, con dolor a la masticación de varios meses de evolución. Se indica ortopantomografía donde mostró una lesión radiolúcida circular unilocular bien circunscrita, de aproximadamente 2 x 2 cm. Se realizó biopsia incisional para estudio histopatológico y de inmunohistoquímica diagnosticándose como plasmocitoma.

DISCUSIÓN:

De acuerdo a la literatura el plasmocitoma es más común en hombres que en mujeres con una proporción de 3:1, con una edad promedio de 55 años, clínicamente se presenta como aumento de volumen, dolor y movilidad dental, hemorragias y fracturas patológicas, lo cual discrepa con nuestro caso. Rara vez afecta la mandíbula y, cuando se observa aparece en el 4,4 % de los casos concordando con nuestros hallazgos.

CONCLUSIONES:

El plasmocitoma mandibular es una entidad poco frecuente, su diagnóstico puede ser desafiante, requiere evidencia imagenológica, histológica, inmunohistoquímica y serología para lograr un diagnóstico confirmatorio y oportuno con el fin de mejorar el pronóstico.

ANGIOFIBROMA NASOFARÍNGEO. REPORTE DE CASO

Jessica Martínez Gámez¹, Marcela Pérez Villaseñor², Jócelyn Amaris Tello Méndez³,
Miguel Ángel Hernández Aguilar⁴.

¹Universidad Nacional Autónoma de México-ENES León (Especialidad de Patología Oral y Maxilofacial)

²Médico Anatomopatólogo. Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.

³Especialidad en Medicina Interna del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

⁴Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.

INTRODUCCIÓN:

El angiofibroma nasofaríngeo (AN) es un tumor fibrovascular infrecuente y localmente agresivo que afecta predominantemente a hombres jóvenes. Sus manifestaciones clínicas principales incluyen epistaxis, obstrucción nasal y deformidad facial. El diagnóstico se basa en estudios de imagen, como la resonancia magnética, que permite identificar una lesión de tejido blando muy vascularizada con vacíos de flujo interno. Histopatológicamente, el AN presenta múltiples vasos sanguíneos de diferente calibre, dilatados y ramificados, con paredes delgadas o engrosadas, y células de tejido conjuntivo de apariencia fusiforme o estrellada. El tratamiento estándar incluye embolización preoperatoria seguida de resección quirúrgica, con bajo índice de recidiva.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Paciente hombre de 13 años con antecedente de AN acudió a consulta de Oncocirugía en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB) tras un año de someterse a cirugía para remoción de dicha lesión. Refirió epistaxis derecha, obstrucción nasal y exudado purulento a través del conducto nasolagrimal. El estudio de resonancia magnética documentó una lesión en fosa nasal izquierda que se extendía a antro maxilar izquierdo, nasofaringe, celdillas etmoidales, seno esfenoidal y seno frontal izquierdo, con extensión a músculos pterigoideos. Se realizó embolización con manejo dual, percutáneo y transarterial, seguida de resección quirúrgica. El análisis histopatológico mostró tejido conectivo fibroso denso con abundantes vasos sanguíneos de tamaños variables.

DISCUSIÓN:

El AN, aunque benigno, es localmente agresivo y se presenta principalmente en hombres jóvenes. Las características clínicas y el tratamiento del caso coinciden con lo descrito en la literatura. Sin embargo, se observó recidiva, lo que resalta la importancia de un seguimiento adecuado.

CONCLUSIONES:

Este caso subraya la relevancia del seguimiento clínico, estudios de imagen y análisis histopatológico en pacientes con antecedente de AN. La recidiva observada enfatiza la necesidad de un manejo multidisciplinario y monitoreo continuo para optimizar los resultados y prevenir complicaciones.

QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO

Jenny Miriam Belmonte Zequera¹, Lizet Monserrat Castillo Real², Omar Dionisio Torres Aguirre¹, Javier Enrique Leyva Díaz¹, Ana Lilia Gijón Soriano¹, Sabina López Toledo¹.

¹Departamento de Maestría en Endodoncia. Facultad de odontología, Universidad Autónoma "Benito Juárez" de Oaxaca (UABJO), Oaxaca, México.

²Departamento de Odontología Contra el Cáncer Oral (OCCO), Facultad de Odontología, Universidad Autónoma "Benito Juárez" de Oaxaca" (UABJO), Oaxaca, México

INTRODUCCIÓN:

El queratoquiste odontogénico (QQO), es un quiste de origen odontogénico que representa entre el 3% al 11% de los quistes maxilofaciales. Se origina a partir de los restos de la lámina dental y suele manifestarse entre la segunda y cuarta década de vida. Es una lesión de crecimiento lento, comportamiento agresivo y alta tasa de recurrencia, afectando principalmente la mandíbula.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Paciente masculino de 54 años, acude a la clínica de posgrado de la Universidad Autónoma "Benito Juárez" de Oaxaca por un ligero aumento de volumen en la zona inferior derecha de la cara acompañado de dolor leve, refiere antecedente de extracción dental en la zona afectada. A la exploración intraoral se observó ausencia del órgano dentario (OD) 46, alveolo denudado, inflamación y dolor a la palpación. Los estudios de imagen evidenciaron una lesión radiolúcida bien delimitada y multilocular, con adelgazamiento de las corticales, localizada en el cuerpo mandibular y extendiéndose desde el OD 44 al 48. El diagnóstico diferencial incluía; ameloblastoma, mixoma odontogénico y tumor odontogénico adenomatoide, en consecuencia, se planifica la realización de una biopsia incisional para establecer un diagnóstico definitivo. El estudio histopatológico reveló una lesión quística de origen odontogénico con características propias del QQO. El tratamiento consistió en descompresión mediante colocación de tubo penrose y osteotomía periférica. En los controles radiográficos postoperatorios se observó la reducción de la lesión.

DISCUSIÓN:

Estudios destacan la efectividad del curetaje óseo periférico y la marsupialización/descompresión, promoviendo la reducción de la lesión y la neoformación ósea, limitando así la extensión quirúrgica. No obstante, dada la recurrencia del QQO (10-30%), son esenciales controles periódicos para asegurar el éxito terapéutico.

CONCLUSIONES:

El QQO es una lesión odontogénica de comportamiento agresivo que requiere un diagnóstico preciso y manejo quirúrgico adecuado. Se recomienda un seguimiento radiográfico prolongado para detectar posibles recidivas y mejorar el pronóstico del paciente.

REHABILITACIÓN DE PIEZAS DENTALES TEMPORALES FUSIONADAS

Vega Bravo Karen Itzell¹, Violeta González Castillo¹, Betsabé De La Cruz Corona², Patricia Preciado Borquez², Lizzett López Yee².

¹Especialidad en Odontología Pediátrica, Facultad de Odontología Tijuana, Universidad Autónoma de Baja California.

²Facultad de Odontología Tijuana, Universidad Autónoma de Baja California.

INTRODUCCIÓN:

Las anomalías dentales son alteraciones en el desarrollo de los dientes, afectando su número, forma, volumen, posición o unión. Una de estas anomalías es la fusión dental, que ocurre cuando dos o más gérmenes dentarios se unen durante su desarrollo, formando un solo diente. Es más frecuente en la dentición temporal y afecta principalmente la región anterior, involucrando incisivos y caninos. La fusión puede ocasionar problemas estéticos, dificultades en la higiene oral, alteraciones en la erupción y maloclusiones. Un diagnóstico temprano permite planificar un tratamiento adecuado, que puede incluir restauraciones, medidas conservadoras o extracción quirúrgica.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Paciente femenina de 4 años a la inspección clínica se observó múltiples lesiones cariosas, además la unión de los incisivos superiores izquierdos (61 y 62) y también de incisivos laterales inferiores con caninos (72-73 y 82-83). Posterior al examen radiográfico el diagnóstico fue: fusiones de los incisivos 61-62, 72-73 y 82-83, agenesia de los incisivos laterales permanentes inferiores y supernumerario invertido en el maxilar. Debido al grado de lesiones de caries en los fusionados superiores el plan de tratamiento fue pulpectomía y separación de coronas fusionadas, permitiendo colocar coronas individuales. En los dientes inferiores, se realizó un tratamiento de mínima intervención con obturaciones de ionómero de vidrio. El seguimiento ha sido adecuado a los seis meses, con restauraciones adecuadas y sin alteraciones en los tejidos.

DISCUSIÓN:

Diversos autores sugieren la hemisección de coronas cuando las raíces están separadas para mejorar la estética, como en el presente caso que fue la alternativa de tratamiento realizada.

CONCLUSIONES:

La anomalía dental de fusión dental no es común, un diagnóstico clínico y radiográfico adecuado es clave para evitar complicaciones, el odontopediatra requiere detectar a tiempo y ofrecer alternativas acuerdo al grado de severidad, como tratamientos de mínima intervención o restaurativos.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL LIQUEN PLANO ORAL: CASO CLÍNICO Y ENFOQUE TERAPÉUTICO

Marco Antonio Pérez Vázquez¹, Andree Sebastián Michel Gonzalez¹, Fabian Ocampo Acosta¹, Ely García De León Buenfil¹.

¹Posgrado de Periodoncia, UABC Facultad de odontología

INTRODUCCIÓN:

El liquen plano es una enfermedad mucocutánea crónica inflamatoria, relacionada con una respuesta inmunitaria mediada por células (hipersensibilidad tipo IV). Se asocia con estrés, ansiedad y reacciones adversas a ciertos medicamentos y metales. Clínicamente, se presenta con lesiones violáceas pruriginosas en la piel y estrías blanquecinas en la mucosa oral. Su diagnóstico se basa en la evaluación clínica y biopsia. Algunas formas pueden experimentar transformación maligna. El tratamiento varía según la sintomatología, con corticoides tópicos o infiltrados intralesionales en casos sintomáticos.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Paciente masculino de 55 años de edad acude a clínica de periodoncia para la colocación de implantes. Se observaron lesiones blanquecinas en el dorso de la lengua, área de carrillos más evidente en el carrillo izquierdo. Se realizó una biopsia incisional en el carrillo izquierdo dando como resultado en la evaluación microscópica un epitelio escamoso estratificado hiperparaqueratinizado, estrato granular sutil, áreas de atrofia y de clavos epiteliales en forma de dientes de sierra, con cuerpos de Civatte, mitosis visibles y exocitosis. El tejido conjuntivo subyacente es fibroso denso irregular bien vascularizado con infiltrado inflamatorio crónico localizado en banda en lámina propia. Se confirmó el diagnóstico de liquen plano oral. Se eligió una terapia corticosteroides tópicos, al finalizar el tratamiento por 15 días se realizó una revaloración y se continúa con el tratamiento por tiempo indefinido.

DISCUSIÓN:

De acuerdo con la apariencia y características de la lesión nuestros posibles diagnósticos diferenciales que coinciden con estas características fueron leucoplasia, nevo esponjoso blanco y liquen plano, en el estudio histológico se confirmó una mucositis de interfase consistente con liquen plano oral.

CONCLUSIONES:

La identificación temprana de lesiones con potencialidad maligna es clave para futuros tratamientos quirúrgicos que pueden potencializar esta malignidad. Los tratamientos de soporte permiten una salud bucal y una estabilidad en la cavidad oral disminuyendo la probabilidad de la lesión hacerse maligna.

ÚLCERA BUCAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE INMUNOSUPRESIÓN

Vega Bravo Karen Itzell¹, Violeta González Castillo¹, BeVioleta Evelyn Flores Solano,¹ Edith Lara Carrillo,¹
 Ronell Eduardo Bologna Molina², Michelle Monserrath Ramos Ocegueda,³ Sandra López Verdín,⁴
 Víctor Hugo Toral Rizo¹.

¹Facultad de Odontología, Universidad Autónoma del Estado de México.

²Universidad Juárez del Estado de Durango.

³Unidad Académica de Odontología, Universidad Autónoma de Nayarit.

⁴Health Science Center, Research Institute of Dentistry, Universidad de Guadalajara

INTRODUCCIÓN:

El citomegalovirus humano (HCMV) pertenece a la familia de los herpesvirus, específicamente al tipo beta 5. Este virus representa un peligro significativo para las personas con sistemas inmunitarios debilitados, ya que la deficiencia inmunológica facilita su replicación descontrolada. Esta proliferación viral puede resultar en enfermedades graves que afectan a órganos vitales. Además, el HCMV sigue siendo una de las infecciones oportunistas más relevantes en individuos que viven con el VIH/SIDA.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Hombre de 55 años, que acude a consulta por presentar úlcera crateriforme, de bordes elevados, forma irregular, de fondo granular, levemente sintomática de meses de evolución, localizada en zona retromolar, paladar blando y duro, lado izquierdo, con diagnóstico clínico presuntivo de proceso linfoproliferativo, se realiza biopsia incisional. En los cortes histológicos examinados se observan inclusiones intracitoplasmáticas y nucleolos con halo claro en aspecto de ojos de búho. Se solicitan marcadores de IHQ, y se confirma diagnóstico. Se indica prueba serológica para VIH, en centro de salud la cual fue positiva, el paciente desconocía su diagnóstico.

DISCUSIÓN:

En la enfermedad de VIH/SIDA, el CMV es una infección oportunista que puede manifestarse como úlceras, que se consideran una complicación rara pero reconocida de la infección avanzada y que pueden simular cáncer, además de tener la característica clínica de ser “grandes,” ocurren cuando el paciente tiene un recuento de CD4 por debajo 100 células/ μ L. Las lesiones orales, pueden ser indicios de la infección y progresión de VIH/SIDA.

CONCLUSIONES:

El reconocimiento oportuno permite un diagnóstico precoz y un manejo adecuado para prevenir complicaciones sistémicas. La evaluación odontológica juega un papel clave en la atención integral del paciente con VIH/SIDA, destacando la necesidad de capacitación en manifestaciones bucales para mejorar la calidad de vida y el pronóstico de estos pacientes.

ABORDAJE DIAGNÓSTICO DE LIQUEN PLANO AMPOLLOSO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Yeni Verónica Cortés López,¹ Eduardo Alonso Cruz Monroy¹, José Antonio Rodríguez Tomas¹, Francisco Germán Villanueva Sánchez¹, Carmen Elena Guardado Alvarez², Nancy Pérez Cornejo¹.

¹Universidad Nacional Autónoma de México, ENES Unidad León (Especialidad de Patología Oral y Maxilofacial).

²Práctica privada.

INTRODUCCIÓN:

El liquen plano ampoloso es una enfermedad mucocutánea autoinmune inflamatoria crónica poco frecuente, sin predilección por sexo ni etnia, existiendo las variantes familiar y no familiar, clínicamente se presenta como ampollas y erosiones sintomáticas en mucosa yugal con menor frecuencia en lengua, paladar y mucosa labial; extraoralmente tiende a manifestarse en extremidades inferiores y uñas, seguido de superficies flexoras.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Paciente masculino de 45 años de edad que presentó lesiones mucocutáneas sintomáticas caracterizadas por lesiones blancas de apariencia reticular bilateral en mucosa yugal, elevaciones blancas en dorso lingual y múltiples lesiones en piel, con un tiempo de evolución de 8 meses. Se realizó biopsia incisional de zonas representativas para su estudio histopatológico llevando a cabo tinción de rutina e inmunofluorescencia, emitiendo el diagnóstico de liquen plano ampoloso. El paciente es derivado a dermatología.

DISCUSIÓN:

El presente caso resalta académicamente debido a que se muestra en su variante no familiar, con lesiones que debutaron en piel en la zona de genitales, así como pápulas y lesiones de apariencia reticular en mucosa yugal y lengua; además de ausencia de lesiones en uñas, por lo que contrasta con lo mencionado en la literatura, al igual que características histopatológicas poco frecuentes como escasos cuerpos de Civette y presencia de eosinófilos.

CONCLUSIONES:

El liquen plano ampoloso puede tener características clínicas e histopatológicas similares a las demás variantes, por lo cual es trascendente compilar todos los hallazgos para un abordaje diagnóstico basado en un análisis integral que incluya datos clínicos, histopatológicos y estudios complementarios como la inmunofluorescencia para emitir un diagnóstico preciso que permita establecer un tratamiento adecuado y favorecer el pronóstico en este tipo de patología.

CORRELACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA EN EL DIAGNÓSTICO DE UNA LESIÓN EN ENCÍA DE ASPECTO HIPERPLÁSICO

Fernando Tenorio Rocha¹, Paola Campos Ibarra¹, Alberto de Jesús Flores Longoria¹, Miguel Angel Hernández Aguilar².

¹Universidad Nacional Autónoma de México, ²Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.

INTRODUCCIÓN:

Clínicamente los agrandamientos gingivales pueden estar asociados a diversos factores, inflamatorios, inducidos por medicamentos, a enfermedades sistémicas y genéticas, o incluso de naturaleza neoplásica. Los adenocarcinomas del tracto sinonasal pueden originarse en el epitelio de la superficie respiratoria o glándulas seromucinosas subyacentes. Estas neoplasias se dividen en adenocarcinomas de tipo salival y adenocarcinomas de tipo no salival. En particular, el adenocarcinoma de tipo intestinal (ACTI) es el 2o tipo más frecuente de adenocarcinoma sinonasal, compuesto por patrones de crecimiento que asemejan a neoplasias de origen intestinal.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Hombre de 21 años de edad, curtidor de oficio, sin antecedentes médicos de relevancia, que presenta aumento de volumen asintomático, pedunculado en encía insertada del área de molares superiores izquierdos, en la ortopantomografía se observa involucro a seno paranasal; se remite con el diagnóstico de lesión de células gigantes para su remoción. Histopatológicamente se observó una proliferación de tejido epitelial similar a mucosa de tipo intestinal y posterior a una batería de marcadores inmunohistoquímicos se diagnosticó un ACTI. Con seguimiento a un año desde su remoción no hay evidencia de permanencia o recidiva.

DISCUSIÓN:

Los ACTI tienen rango amplio de edad, el caso reportado se asocia a paciente joven con factores de riesgo identificables, por lo general, se presenta en seno etmoidal seguido por cavidad nasal, sin embargo, el caso presentado se desarrolló en seno paranasal; a pesar de su similitud con el carcinoma gastrointestinal metastásico y adenocarcinoma sinonasal de bajo grado no intestinal, los estudios de inmunohistoquímica ofrecen parámetros importantes para confirmar su diagnóstico.

CONCLUSIONES:

Es destacable la asociación a factores de riesgo ocupacional para el desarrollo de esta neoplasia, así como, las herramientas diagnósticas que deben ser utilizadas durante su identificación, así como, el seguimiento estrecho posterior al tratamiento

PAPULOSIS LINFOMATOIDE ORAL. INFORME DE UN CASO

Roberto Onner Cruz Tapia, Francisco Javier Aguilar Zapata

Práctica privada

INTRODUCCIÓN:

La papulosis linfomatoide es una enfermedad rara con una morfología clínica variada. Las lesiones iniciales suelen ser pequeñas pápulas rojas o marrón rojizas, de pocos milímetros, que pueden ser solitarias, agrupadas o generalizadas. Con el tiempo, estas lesiones pueden crecer y convertirse en nódulos y placas más grandes, llegando a volverse necróticas y cubrirse de costras hemorrágicas. Afecta principalmente las extremidades y el tronco, con menos frecuencia la cara, aunque se han reportado casos de afectación oral. No se observan ganglios linfáticos palpables ni hepatomegalia. La característica principal histológica es un infiltrado mixto que incluye grandes células linfomatoideas CD30+ pleomórficas, junto con neutrófilos, eosinófilos e histiocitos.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Se presenta una paciente femenina de 41 años con úlceras en mucosa oral de labio inferior y dorso lingual, con tres meses de evolución. Se realizó biopsia incisional, y en los microcortes teñidos con hematoxilina y eosina mostraron células linfoides con nucleolos prominentes y pleomorfismo. Además, se observó un infiltrado inflamatorio polimorfonuclear. Las inmunotinciones resultaron positivas para CD30, CD20, CD3 y CD15, y negativas para CMV y EBER-ISH. Las lesiones en la cavidad oral mostraron resolución tras un mes de tratamiento.

DISCUSIÓN:

La papulosis linfomatoide, aunque comúnmente afecta la piel, puede manifestarse raramente en la mucosa oral, como en el presente caso. La expresión para CD30 es crucial para el diagnóstico. Sin embargo, es indispensable siempre descartar linfoma anaplásico de células grandes. La negatividad para CMV y EBER-ISH confirma la ausencia de infección viral, lo que ayuda a su diagnóstico.

CONCLUSIONES:

La papulosis linfomatoide presenta desafíos diagnósticos debido a su presentación variable. La expresión de CD30 es esencial para el diagnóstico diferencial, y el tratamiento adecuado puede llevar a una resolución favorable. No obstante, se requiere un seguimiento continuo para asegurar la remisión completa.

LESIONES BUCALES COMO COMPONENTE DE SÍNDROME PRENEOPLÁSICO HAMARTOMATOSO. REPORTE DE CASO

Julio Cesar Aguilar Flores¹, José Emmanuel Rojas González², Luis Felipe León Madero³, Jessica Maldonado Mendoza⁴, Emeterio Samuel Landa Bello¹.

¹ Hospital General “Dr. José María Rodríguez”. IMSS-Bienestar Servicios Públicos de Salud. Jurisdicción Ecatepec.

² División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología, UNAM.

³ Departamento de Genética Perinatal, Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

⁴ Maestría en Patología y Medicina Bucal, UAM Xochimilco.

INTRODUCCIÓN:

El espectro clínico de los síndromes asociados a variantes patogénicas del gen *PTEN* es diverso. Este supresor tumoral, regula la división y muerte celular. La presencia de múltiples lesiones hamartomatosas en sitios diversos incluyendo cavidad bucal, así como los antecedentes del paciente permiten su sospecha clínica.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Paciente femenino de 61 años con antecedentes de HAS, secuelas post-Covid y Adenocarcinoma Endometrial sin seguimiento. Acudió a consulta por presentar “*lesiones bucales que crecieron paulatinamente*”. La exploración intrabucal identificó múltiples lesiones de aspecto papilomatoso, macroglosia, lengua fisurada, mucosa masticatoria tapizada por lesiones papulares y focos sépticos asintomáticos. La exploración extraoral identificó, lesión verrugosa en región parietal; así como lesiones papulomatosas en el dorso de las manos. El estudio histopatológico de las lesiones bucales reportó tumores fibroepiteliales sin datos de atipia. Los estudios complementarios mostraron hallazgos en tiroides y nódulo en pulmón con sospecha de malignidad. La expresión fenotípica y la historia clínica del paciente cumplen criterios para sugerir Síndrome de Cowden. Se envió a institución de tercer nivel para tratamiento por Enfermedad Sindrómica Pre neoplásica; así como para descartar Síndrome de Cáncer Hereditario.

DISCUSIÓN:

Paciente diagnosticada con Adenocarcinoma Endometrial en 2024, de forma aislada y sin seguimiento. El diagnóstico oportuno permite identificar y vigilar lesiones con potencial de transformación maligna. La evaluación clínica de los familiares, así como el estudio genético están indicados.

CONCLUSIONES:

La presencia de lesiones bucales y en otros sitios, el contexto de malignidad previo y el estudio exhaustivo permitieron la sospecha diagnóstica de este síndrome infrecuente.

MIOFIBROMA INTRAÓSEO: REPORTE DE CASO EN PACIENTE PEDIÁTRICO

José Rodolfo Quiroz Gomez¹, Daniel González Hernández², Mario Nava Villalba¹.

¹Maestría en Patología y Medicina Bucal, Departamento de Clínicas Odontológicas Integrales, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

²Practica Privada

INTRODUCCIÓN:

El miofibroma intraóseo (MI) es una neoplasia mesenquimatosa benigna poco común en huesos, sin embargo, se presenta especialmente en niños, caracterizada por una proliferación de células fusiformes con diferenciación miofibroblástica y suele localizarse en la cabeza, cuello y extremidades. En la mandíbula, representa aproximadamente un tercio de los casos de miofibromas en pacientes pediátricos. Su diagnóstico es basado en hallazgos clínicos, radiográficos, histopatológicos y moleculares, su tratamiento principal es la escisión quirúrgica.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Masculino de 13 años, su madre identifica lesión nodular cercana a sínfisis del lado derecho, de consistencia firme, en el estudio tomográfico se observa un área unilocular hipodensa en el borde basal de la mandíbula, bien delimitada; se realizó escisión quirúrgica de la lesión, y el análisis histopatológico reveló una neoplasia miofibroblástica con disposición fascicular y nodular, rodeada por una rica vasculatura y un estroma fibroso, no se identificaron datos de malignidad. El diagnóstico se confirmó mediante reacciones inmunohistoquímicas, con positividad para actina de músculo liso y caldesmón, beta-catenina resultó negativa.

DISCUSIÓN:

El MI es una entidad rara que puede confundirse con otras neoplasias de la región maxilofacial. Su crecimiento suele ser lento y puede detectarse de manera incidental. Se origina probablemente en el periostio mandibular y se manifiesta como una masa bien definida sin signos de agresividad. Puede formar parte del espectro de la miofibromatosis, es fundamental descartar la presencia de otras lesiones. El tratamiento quirúrgico es curativo en la mayoría de casos, aunque se recomienda seguimiento clínico debido a la naturaleza neoplásica de la lesión. Nuestro caso tuvo una localización inusual, ya que la gran mayoría afecta los espacios medulares.

CONCLUSIONES:

El MI mandibular es una neoplasia benigna poco común en niños, pero debe considerarse en el diagnóstico diferencial de lesiones osteolíticas. Su identificación temprana y tratamiento adecuado permiten un buen pronóstico. Se recomienda seguimiento clínico para monitorear recurrencias y descartar lesiones asociadas a miofibromatosis.

DESAFIO DIAGNÓSTICO EN TUMOR MANDIBULAR: REPORTE DE CASO

Víctor Hugo Toral Rizo¹, Michelle Monserrath Ramos Ocegueda², Edith Lara carrillo³, Eric Zeta Castañeda¹, Violeta Evelyn Flores Solano¹, Ulises Velázquez Enríquez³.

¹Clínica de Medicina y Patología Bucal "Orocentro", Facultad de Odontología, Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMex), Toluca de Lerdo, México.

²Unidad Académica de Odontología, Universidad Autónoma de Nayarit (UAN). Tepic, Nayarit.

³Departamento de Ortodoncia, Centro de Investigación y Estudios Avanzados en Odontología (CIEAO) "Dr. Keisaburo Miyata", Facultad de Odontología, Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMex), Toluca de Lerdo, México.

INTRODUCCIÓN:

Las metástasis orales representan el 1% de los tumores malignos bucales siendo comunes en la región mandibular. La metástasis del carcinoma de tiroides en cavidad bucal representa cerca del 6%, siendo el patrón adenoide quístico extremadamente rara.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Mujer de 77 años, refiere remoción de lesión tiroidea hace 10 años, sin reporte de patología. Presenta tumor ulcerado en reborde alveolar inferior izquierdo con 8 meses de evolución y sintomatología dolorosa. Se trató con analgésicos y antibióticos sin mejoría. La radiografía panorámica muestra lesión intraósea en región mandibular que se extiende hasta rama ascendente. Con diagnóstico de carcinoma se toma biopsia incisional. El estudio de patología sugiere un carcinoma adenoideo quístico (CAQ) vs adenocarcinoma polimorfo convencional (ACPC), por lo que se realizan estudios de laboratorio, tinciones especiales e inmunohistoquímica. Los resultados de las pruebas confirman el diagnóstico de carcinoma papilar de tiroides (CPT) con patrón adenoideo quístico (AQ), con presencia de lesiones pulmonares metastásicas. La paciente es referida a centro oncológico para valoración y manejo.

DISCUSIÓN:

El CPT patrón AQ es raro en tumores primarios de tiroides. Este patrón AQ se presenta en lesiones de glándulas salivales, mama, esófago, pulmón, etc. El uso de inmunohistoquímica para confirmar entre CAQ y ACPC descartó estas dos opciones, por lo que se solicitaron exámenes clínicos y nuevo panel de inmunohistoquímica para identificar la naturaleza de la lesión. El no contar con reporte de la lesión de tiroides dificultó el diagnóstico y la presencia de lesiones pulmonares obligó a descartar la posibilidad de primario en pulmón.

CONCLUSIONES:

La metástasis a cavidad bucal de carcinoma de tiroides es rara y con el patrón de AQ es aún más infrecuente. La correlación clínica, estudios de laboratorio, tinciones especiales y un amplio panel de inmunohistoquímica son necesarios para confirmar este tipo de diagnóstico.

PÉNFIGO PARANEOPLÁSICO EN UNA PACIENTE JOVEN: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.

Alexia Mariana Figueroa Ramos¹, Diana Morales Olvera², Luis Felipe Aguilar Mendoza¹,
Verónica Guadalupe Villatoro Ugalde¹, Karina Hernández Hernández³, Adalberto Abel Mosqueda Taylor¹.

1. Clínica de Boca de la División de Dermatología del Hospital General Doctor Manuel Gea González, Ciudad de México, México.
2. División de Dermatología del Hospital General Doctor Manuel Gea González, Ciudad de México, México.
3. Grupo de Diagnóstico Especializado Peribact, Ciudad de México, México.

INTRODUCCIÓN:

El Pénfigo Paraneoplásico (PPN) es una enfermedad autoinmune y mucocutánea asociada a diversas neoplasias malignas confirmadas u ocultas, principalmente de tipo linfoproliferativo. Afecta principalmente a adultos mayores, y los casos en pacientes jóvenes son raros.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Mujer de 18 años, sin antecedentes médicos, es referida de un servicio privado a clínica de medicina bucal pública hospitalaria, debido a presentar costras hemorrágicas en bermellones, así como úlceras y ampollas en mucosa bucal y genital de 5 meses de evolución, anteriormente diagnosticadas histopatológicamente como pénfigo vulgar. En el hospital se solicitan anticuerpos Anti-Desmogleína 1 y Anti-Desmogleína 3 como protocolo diagnóstico, los cuales fueron negativos. Se le prescribieron múltiples tratamientos a base de esteroides sistémicos y tópicos e inmunomoduladores, sin respuesta terapéutica completa. Meses después la paciente presentó disnea y desaturación, por lo que se le indicó realizarse una radiografía de tórax y en donde se evidenció una tumoración mediastinal sugestiva de timoma. El diagnóstico final considerando los hallazgos clínicos e histopatológicos fue de PPN.

DISCUSIÓN:

El espectro clínico del PPN abarca desde lesiones vesículo-ampollares, hasta de tipo liquenoide, y la histopatología es variada y puede ser similar a otras entidades patológicas bucales, ya que puede exhibir hendiduras intraepiteliales, suprabasales y mucositis de interfaz. El tratamiento es complejo e individualizado, y se basa principalmente en el manejo de la neoplasia subyacente, así como del uso complementario de corticoesteroides e inmunosupresores. El pronóstico de los pacientes es reservado y se relaciona con la enfermedad de base.

CONCLUSIONES:

El PPN representa un desafío diagnóstico y el trabajo multidisciplinario es fundamental. La persistencia de lesiones vesículo-ampollares y ulcerativas y que no cumplen con los criterios clínicos, serológicos e histopatológicos para cualquier enfermedad específica, debe ser altamente sospechosa de PPN, incluso en ausencia de una malignidad manifiesta.

ENFERMEDADES BUCALES EN USUARIOS DEL CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL “CIUDAD DE LOS NIÑOS”, PATRONATO PRO-CASA DEL NIÑO EN OAXACA A.C.

*Diana Carolina Varela Martínez*¹, Gerardo Meza García².

¹ Estudiante de la Licenciatura en Cirujano Dentista, Universidad Regional del Sureste, Oaxaca

² Profesor de la Escuela de Odontología, Universidad Regional del Sureste, Oaxaca

INTRODUCCIÓN:

Los Centros de Asistencia Social (CAS) son albergues temporales para niños y adolescentes que proporciona hogar a niños en situación de vulnerabilidad.

OBJETIVOS:

Determinar las características de salud oral de los usuarios del CAS “Ciudad de los Niños” Patronato Pro-Casa del Niño en Oaxaca A.C.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tipo de estudio: es longitudinal y descriptivo. Se analizaron las historias clínicas de los usuarios, previa carta de consentimiento y asentamiento informado, realizadas durante el periodo Agosto 2023 – Julio 2024, odontograma, índice O’Leary, para recolectar información y registrar una base de datos, las enfermedades bucales registradas fueron: caries, dientes supernumerarios, abscesos dentales, lesiones en tejidos blandos, índice CPOD, presencia de biofilm y tártaro dental. Posteriormente se realizaron dos medidas, la primera en 2023 y la segunda en 2024, esto para verificar si hubo cambios antes y después del Servicio Social de la Investigadora principal (intervención). Se registraron los datos en una tabla de Excel y posteriormente se hizo un análisis estadístico con el programa SPSS ver. 24 a través del cruce de variables realizando la prueba, McNemar y la prueba de T de Student.

RESULTADOS:

Durante el periodo de Agosto 2023 – Julio 2024 se registraron 30 expedientes de los usuarios, con una media de edad de 9.43 SD 4.43, los datos con significancia perfecta e impacto fueron: presencia de Caries 66.7% en primera medición, 0% en la segunda medición, se realiza prueba de McNemar (0.000). Índice O’Leary 80% en primera medición y 0% en segunda medición, se realiza prueba McNemar .000.

DISCUSIÓN:

En comparación con las muestras del SIVEPAB 2021 nuestro estudio es relativamente similar en cuanto a las enfermedades orales en población infantil, antes de la intervención por la pasante en servicio social

CONCLUSIONES:

La enfermedad principal fue caries, las condiciones de salud oral mejoraron después de la intervención.

CAMBIOS EN LA PRESIÓN ARTERIAL POR ANESTESIA LOCAL ADMINISTRADA MEDIANTE TÉCNICA TRONCULAR DENTARIA INFERIOR EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA

Daniel De Guadalupe Concha Camacho¹, Gerardo Meza García², Luis Eduardo Hernández Leyva²

1 Estudiante Escuela de Odontología URSE.

2 Profesor de Escuela de Odontología URSE.

INTRODUCCIÓN:

La anestesia local por infiltración es esencial en odontología, pero puede provocar alteraciones de la presión arterial, por la presencia de vasoconstrictor.

OBJETIVOS:

Evaluar los cambios de presión arterial que pueda surgir de la aplicación de la anestesia por medio de la técnica troncular dentaria inferior en estudiantes de Odontología.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio longitudinal. Se registro la presión arterial sistólica, diastólica, antes y después de aplicar anestesia local con lidocaína, con y sin vasoconstrictor en sesiones separadas, durante las prácticas de la materia de Anestesia en estudiantes del tercer semestre de Odontología, los criterios de inclusión fueron alumnos sin enfermedades sistémicas y los criterios de exclusión, alumnos que tuvieron un aumento de la presión durante la primera toma (> 130/90 mmHg). Realizando comparación de medias utilizando la t de *Student*.

RESULTADOS:

Fueron 27 alumnos con edades de 19 a 31 años, 18 (66.7%) femeninos y 9 (33.3%) masculinos, las medias preanestésicas mostraron una presión arterial sistólica de 112.81 mmHg y una diastólica de 72.56 mmHg. Tras la administración de lidocaína con vasoconstrictor, la presión sistólica media aumentó a 114.26 mmHg, mientras que la diastólica disminuyó a 70.70 mmHg. La administración de lidocaína sin vasoconstrictor mostró la presión arterial sistólica postanestésico de 113.02 mmHg, y la presión diastólica, descendiendo a 72.38 mmHg.

DISCUSIÓN:

Los resultados obtenidos coinciden con estudios previos, donde se ha evaluado el impacto de la epinefrina en la frecuencia cardíaca y la presión arterial, donde la epinefrina a concentraciones de 1:100,000 no produjo cambios significativos en la presión arterial sistólica ni en la frecuencia cardíaca, pero sí una leve diferencia en la presión diastólica.

CONCLUSIONES:

Los resultados muestran que la aplicación de esta técnica no genera alteraciones significativas en la presión arterial sistólica, diastólica ni en la frecuencia cardíaca, independientemente del tipo de anestésico utilizado.

PREVALENCIA DE ANOMALÍAS DENTALES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ATENDIDOS EN POSGRADO UABC

Ana Paula Mendiola Argüelles¹, Violeta González Castillo¹, Betsabé De La Cruz Corona²,
Perla Elena Núñez Serafín², Patricia Preciado Borquez²

¹ Especialidad en Odontología Pediátrica, Facultad de Odontología Tijuana, Universidad Autónoma de Baja California.

² Cuerpo Académico Odontología Pediátrica y Ciencias Afines, Facultad de Odontología Tijuana, Universidad Autónoma de Baja California.

INTRODUCCIÓN:

Las anomalías dentales son malformaciones congénitas que pueden afectar el desarrollo del sistema estomatognático. Su prevalencia varía según la población estudiada, y su detección temprana es fundamental para evitar complicaciones en la dentición temporal y permanente.

OBJETIVOS:

Determinar la prevalencia de anomalías dentales en pacientes pediátricos atendidos en el Posgrado de Odontología Pediátrica, Facultad de Odontología Tijuana de la UABC.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y de corte transversal en pacientes de uno a 12 años de edad que acudieron a consulta. Una vez firmado el consentimiento informado de los padres y asentimiento de los menores, se recolectaron datos clínicos y radiográficos en el formato asignado, los cuales fueron analizados mediante estadística descriptiva en el programa SPSS para determinar la prevalencia de las anomalías dentales.

RESULTADOS:

De un total de 210 pacientes examinados, el 38.6% presentó alguna anomalía dental. Se identificaron 29 casos de dientes supernumerarios, 22 de displasia de esmalte, 15 de agenesia dental, 11 de fusión dental, 3 de hipoplasia, 2 de microdoncia y un caso de invaginación y conidismo. La anomalía más frecuente fue la presencia de dientes supernumerarios, con mayor prevalencia en el género masculino (54.3%) y en niños de 8 años.

DISCUSIÓN:

La prevalencia de anomalías dentales en la población de estudio fue superior a la reportada en estudios similares en otros países. Sin embargo se coincide que la anomalía con mayor frecuencia son los supernumerarios.

CONCLUSIONES:

Cuatro de cada diez niños presentaron una anomalía dental, siendo los dientes supernumerarios la más frecuente, seguido por las de forma. La identificación temprana de estas alteraciones es crucial para su manejo oportuno y la prevención de complicaciones a largo plazo en la salud oral de los pacientes pediátricos, así como prevenir alteraciones funcionales y estéticas en la dentición permanente.

FRECUENCIA DE CÁNCER BUCAL EN CENTRO DE DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO EN LA CIUDAD DE DURANGO EN UN PERIODO DE 10 AÑOS

Cynthia Guadalupe Torres Avalos¹, Juan Carlos Cuevas González², María Verónica Cuevas Gonzalez², Alma Graciela García Calderón,² León Francisco Espinosa Cristóbal², José Luis Osornio Rojas.²

¹ Estudiante de la especialidad en Patología y Medicina Bucal, Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

² Departamento de Estomatología, Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

INTRODUCCIÓN:

El cáncer de cabeza y cuello es un conjunto de neoplasias malignas originadas en cavidad oral, faringe, laringe, senos paranasales y glándulas salivales. Constituye el 7° tipo de cáncer más común en el mundo, en 2020 le fueron adjudicados 377 713 casos nuevos y 177 757 muertes

OBJETIVOS:

Determinar la frecuencia y distribución de neoplasias malignas de cabeza y cuello y cavidad oral durante el periodo de 2014 a 2024 en un centro de diagnóstico histopatológico de la ciudad de Durango.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio descriptivo trasversal retrospectivo en el que se aislaron casos de neoplasias malignas orales en un periodo de tiempo del 2014 a 2024 en un centro de diagnóstico histopatológico de la ciudad de Durango. Se realizó estadística descriptiva.

RESULTADOS:

El total de casos reportados en el periodo de tiempo del 2014 a 2024 fue de 4159, de los cuales el 22.7% corresponde a cabeza y cuello y cavidad oral. Los casos de neoplasias malignas en esta área fueron 77. De estos, el 49.35% pertenece a casos de carcinoma oral de células escamosas, 15.58% de origen glandular, 11.68% casos de linfoma, 5.19% casos de carcinomas odontogénicos y 18.18% a otros, entre los que se encuentran melanoma, condrosarcoma y plasmocitoma.

DISCUSIÓN:

En la región de cabeza y cuello, el carcinoma oral de células escamosas constituye entre el 90-95% de las neoplasias malignas. En México, su incidencia ha aumentado en los últimos años, representando hasta el 5% de los casos de neoplasias malignas, lo que coincide con los resultados obtenidos en el estudio siendo el carcinoma oral de células escamosas el de mayor frecuencia.

CONCLUSIONES:

Es importante contar con datos que proporcionen información sobre la frecuencia de lesiones malignas, ya que se pueden identificar tendencias epidemiológicas, detectar factores de riesgo y mejorar la prevención.

BIOMARCADORES SALIVALES EN LA ARTRITIS REUMATOIDE Y PERIODONTITIS: HERRAMIENTAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y MONITOREO DE LA INFLAMACIÓN SISTÉMICA

Gina Fernanda Luna Jiménez¹, Itza Anaheim Castro Bojorquez¹, Fabian Ocampo Acosta².

¹ Especialidad en Periodoncia, Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Baja California.

² Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Baja California

INTRODUCCIÓN:

Los biomarcadores salivales son herramientas clave para el diagnóstico y monitoreo de enfermedades inflamatorias sistémicas como la artritis reumatoide (AR) y la enfermedad periodontal (EP). Estas enfermedades comparten mecanismos inmunopatogénicos y mediadores inflamatorios, lo que sugiere que la saliva puede ser un medio para evaluar tanto su relación, como su progresión.

OBJETIVOS:

Analizar el papel de los biomarcadores salivales en la interrelación entre la EP y la AR, explorando su utilidad en la evaluación de la inflamación sistémica y la respuesta al tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó una revisión narrativa, consultando estudios que analizaron la presencia de biomarcadores inflamatorios en saliva, como la interleucina-1 beta (IL-1 β), el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) y la interleucina-6 (IL-6), en pacientes con EP y AR. También se evaluó la relación entre estos biomarcadores y la progresión de ambas enfermedades, así como el impacto del tratamiento periodontal y los fármacos antirreumáticos.

RESULTADOS:

Los pacientes con EP y AR presentan niveles elevados de IL-1 β , TNF- α e IL-6 en saliva, lo que refleja una inflamación sistémica activa. Tras el tratamiento periodontal no quirúrgico, se ha observado una disminución de estos biomarcadores, acompañada de una mejoría en los índices clínicos de la AR, como el DAS28. Sin embargo, los niveles de TNF- α en saliva tienen un valor diagnóstico limitado, mientras que la IL-6 ha demostrado mayor relevancia en la progresión de la inflamación.

DISCUSIÓN:

Los biomarcadores salivales pueden ser indicadores útiles para monitorear la actividad inflamatoria en pacientes con AR y EP. Su medición podría mejorar la detección temprana y el seguimiento del tratamiento, aunque se requiere mayor validación clínica.

CONCLUSIONES:

La saliva es una fuente prometedora de biomarcadores para evaluar la inflamación en la EP y la AR. Su análisis podría optimizar estrategias de tratamiento interdisciplinario para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

PREVALENCIA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO 16 DE ALTO RIESGO EN POBLACIÓN INFANTIL DE UNA COMUNIDAD RURAL DE BAJA CALIFORNIA

Nevarez Osuna Seidi Karin¹, Serafín Higuera Idanya Rubí², Ocampo Acosta Fabian³

¹ Profesora Tiempo Completo Facultad de Odontología Tijuana, Responsable de Atención Comunitaria.

² Profesora Investigadora de Tiempo Completo Facultad de Medicina y Psicología Tijuana, Pertenece al Cuerpo Académico Biomarcadores en Salud.

³ Profesor de Tiempo Completo Facultad de Odontología Tijuana, Coordinador de Extensión y Vinculación, Potenciales a Egresar.

INTRODUCCIÓN:

La incidencia de los casos de cáncer de orofaringe y la mortalidad por esta causa ha aumentado en los últimos años, además se ha asociado con la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH). En los mecanismos de transmisión se han descrito la autoinoculación y transmisión vertical de madre a hijo, a través del líquido amniótico, de la placenta o del contacto con la mucosa genital materna durante el parto natural, además de la transmisión sexual. Actualmente, las vacunas no cubren todo el espectro de genotipos del VPH oncogénicos o bien, no existe cobertura para todas las edades debido a que las campañas se dirigen a niñas mayores de 11 años. La población de comunidades rurales tiene limitado el acceso a los servicios de salud y no existen reportes en la literatura respecto a la prevalencia del VPH orofaríngeo en población infantil de Baja California.

OBJETIVOS:

Determinar la prevalencia del VPH-16 de alto riesgo y de lesiones orales u orofaríngeas en población infantil de 6-11 años de una comunidad rural de Baja California.

MATERIAL Y MÉTODOS:

: El estudio se realizó previa formalización de autorización por parte de las autoridades, firma de consentimiento por parte del padre/madre de los menores y asentimiento del menor. La toma de muestra fue mediante el hisopado de la cavidad oral y orofaríngea para la identificación de la presencia del VPH-16 mediante la técnica de inmunocitoquímica y por medio de estudio citopatológico se identificó la presencia de lesiones.

RESULTADOS:

Se obtuvieron 104 muestras orales de raspados orofaríngeos de los cuales 61 fueron niñas y 42 niños, también se solicitó información sobre el tipo de parto. Se realizó inmunocitoquímica donde se obtuvieron 5 muestras positivas a VPH.

CONCLUSIONES:

Con estos resultados posteriormente se realizara inmunocitoquímica a 5 muestras para VHP16 positivas para L1.

CARACTERÍSTICAS DEL ESTILO DE VIDA DE ADULTOS DE OAXACA CON TERCEROS MOLARES PARCIALMENTE ERUPCIONADOS

Ana Lilia Gijón Soriano¹, Enrique Antonio Martínez Martínez¹, Montserrat Castillo Real¹, Sabina López Toledo¹, Rafael Torres Rosas¹, Heber López Rabelo¹

¹ Facultad de Odontología. Universidad Autónoma “Benito Juárez” de Oaxaca (UABJO). Oaxaca de Juárez, Oaxaca.

INTRODUCCIÓN:

El desarrollo social e intelectual determina un aumento del tamaño del cerebro del ser humano, y con ello las dimensiones de la caja craneana a expensas de los maxilares. Una dieta más blanda y refinada que requiere menos masticación, ha hecho innecesario un aparato masticatorio poderoso. El número de personas con dientes retenidos es cada vez mayor, y no cabe duda que con el desarrollo humano todos los terceros molares vayan a desaparecer en el ser humano.

OBJETIVOS:

Describir las características del estilo de vida de adultos oaxaqueños con terceros molares parcialmente erupcionados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo transversal realizado de julio a diciembre de 2024. La selección de la muestra fue por autoselección, con aquellos pacientes que acudieron a la clínica odontológica universitaria y aceptaron participar en el estudio, firmaron el consentimiento informado legal de participación. Las características del estilo de vida se documentaron por medio de un cuestionario semiestructurado. Se utilizó la observación directa y radiografías para el diagnóstico de terceros molares parcialmente erupcionados.

RESULTADOS:

La media de edad de la muestra (n=91) fue de 25.8 ± 8.0 años; 64.1% género femenino. El 62% estudiante, 27.2% trabajador y 10.9% ama de casa. Mayoritariamente de religión católica (94.4%). El 87% soltero, el 27.5% reportó presencia de toxicomanías. El 70.8% reportó antecedentes heredofamiliares de Diabetes tipo 2. La media de consumo de alcohol fue de 3.2 ± 2.4 veces/mes, consumo de carne de 3.9 ± 1.3 , de verduras de 4.7 ± 1.3 veces/semana y frutas de 4.6 ± 1.5 veces/semana. Se halló correlación (Pearson) entre la presencia de toxicomanías y el género masculino (0.214; $p=0.041$), así como con mayor consumo de alcohol (0.365; $p=0.029$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Es importante conocer las características del estilo de vida de los pacientes con terceros molares parcialmente erupcionados para describir las posibles etiologías en diferentes grupos poblacionales y así lograr un mejor tratamiento.

PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS ORALES SEGÚN LA FRECUENCIA DE VISITAS ODONTOLÓGICAS EN HABITANTES DEL ESTADO DE OAXACA, MÉXICO.

Enrique Antonio Martínez Martínez¹, Sabina López Toledo¹, Heber López Rabelo¹, Rodolfo Peña Fernández¹, Rodrigo Morales Espinoza¹, Yobana Pérez Cervera¹

¹ Facultad de Odontología. Universidad Autónoma "Benito Juárez" de Oaxaca (UABJO). Oaxaca de Juárez, Oaxaca.

INTRODUCCIÓN:

Las patologías orales figuran entre las enfermedades más frecuentes, hasta el punto de haber sido definidas como una epidemia silenciosa, ya que habitualmente no son consideradas en las estrategias generales de salud. Además de tener una alta prevalencia, existe evidencia de que representan un impacto sistémico y se ha demostrado su asociación con resultados adversos ante diferentes situaciones fisiológicas o patológicas como embarazo, síndrome metabólico, la patología reumatológica y neurodegenerativa, lo que magnifica su importancia en la salud comunitaria.

OBJETIVOS:

Analizar la prevalencia de diagnósticos clínicos según la frecuencia de visitas odontológicas de habitantes del estado de Oaxaca, México.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo transversal. La selección de la muestra fue por autoselección, con aquellos pacientes que acudieron a la clínica odontológica universitaria, aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado legal de participación. Se utilizó historia clínica, exámenes físicos y estudios radiográficos para las características sociodemográficas y el diagnóstico de las patologías orales.

RESULTADOS:

La media de edad de la muestra (n=91) fue de 25.8±8.0 años; 64.1% género femenino. No se observaron diferencias significativas entre los grupos (chi cuadrado: 0.774). Los pacientes que reportaron visitas odontológicas ≤6 meses presentaron: terceros molares parcialmente erupcionados (46.7%), terceros molares impactados (4.3%), maloclusión (2.2%), apilamiento (1.1%), periodontitis generalizada (1.1%). Los pacientes que reportaron visitas odontológicas >6 meses: terceros molares parcialmente erupcionados (37.0%), terceros molares impactados (3.3%), maloclusión (2.2%), apilamiento (1.1%), periodontitis generalizada (1.1%).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Los hábitos de higiene oral están influenciados por múltiples factores como motivaciones, estatus socioeconómico y cultural que dan como resultado patrones diferentes en los distintos grupos poblacionales. Una comprensión adecuada de dichos factores puede orientar a profesionales y autoridades sanitarias en la identificación de grupos de alto riesgo y dirigir mejor los esfuerzos y las políticas de promoción de la salud oral comunitaria.

REVISTA ODONTOLÓGICA LATINOAMERICANA REQUISITOS PARA LOS AUTORES

La REVISTA ODONTOLÓGICA LATINOAMERICANA es el órgano de divulgación científica de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Yucatán, la cual acepta para su publicación trabajos relacionados con el área odontológica, de acuerdo con los lineamientos del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors) basados en el Grupo Vancouver y publicados en la página web www.icmje.org.

Los trabajos que se envíen deberán ser inéditos y no podrán ser sometidos a consideración editorial de otras revistas hasta que la REVISTA ODONTOLÓGICA LATINOAMERICANA dé a conocer al autor el dictamen correspondiente.

Los manuscritos se acompañarán de una carta de presentación firmada por todos los autores. Esta carta deberá incluir declaraciones sobre: que el manuscrito no ha sido publicado y/o sometido simultáneamente a revisión por otra revista; de las relaciones económicas o de otro tipo que pudieran conducir a un conflicto de intereses; de que el manuscrito ha sido leído y aprobado por todos los autores, con la firma de cada uno de ellos y el nombre, dirección, número telefónico y correo electrónico del autor responsable. La carta deberá incluir cualquier información adicional que pudiera ser útil al editor, tal como el tipo de artículo de que se trata. Junto con el manuscrito, se acompañarán copias de los permisos obtenidos para reproducir materiales ya publicados, utilizar ilustraciones, facilitar información identificativa de personas o citar a colaboradores por las aportaciones realizadas.

El comité editorial de la revista, se reserva los derechos de programación, impresión y reproducción (copyright) del material aceptado. Si los autores desean publicar lo ya aparecido en la revista, requerirán autorización escrita del editor. La REVISTA ODONTOLÓGICA LATINOAMERICANA no es responsable de las opiniones expresadas por los autores de los contenidos.

Los artículos serán enviados al correo electrónico: rol@correo.uady.mx, de la REVISTA ODONTOLÓGICA LATINOAMERICANA.

CONTENIDO

La REVISTA ODONTOLÓGICA LATINOAMERICANA publica los siguientes tipos de artículos: de revisión, originales, comunicaciones breves y casos clínicos.

Los artículos de revisión se efectuarán preferentemente por invitación previa del editor. Deberán contener información detallada y actualizada de la temática contenida. En cuanto a los artículos originales, estos exponen los resultados de investigaciones clínicas o experimentales sobre todos los aspectos relacionados al área odontológica. Los casos clínicos, presentan la experiencia de los autores en el diagnóstico, manifestaciones clínicas, tratamiento y evolución de casos clínicos de interés actual en la odontología. **Éstos deben ser inusuales o de tratamientos no descritos.** Los de comunicación breve, consisten en artículos que por su relevancia ameriten darse a conocer rápidamente, los autores presentan observaciones y resultados iniciales de investigaciones en curso.

ASPECTOS GENERALES

El documento deberá ser formateado a doble espacio, lettral Arial 12 y con márgenes de 3 cm por lado, y capturado en Word 2007. El autor deberá conservar una copia del original, siendo su responsabilidad la compatibilidad del programa con el usado por el editor.

PRESENTACIÓN DE MANUSCRITOS

Los manuscritos deberán ser escritos en correcto español neutro con un resumen en el idioma inglés. El escrito se enviará con las siguientes características y **cada sección deberá iniciar en una hoja distinta.**

Primera página

- El título del artículo.
- Nombre completo de los autores.
- El nombre de la Institución o departamento al cual el trabajo es atribuido.
- El nombre, dirección, teléfono, fax y correo electrónico del autor responsable del manuscrito.

- El nombre y dirección del autor para solicitud de sobretiros.
- Si el título es mayor a 40 caracteres (letras y espacios) se deberá enviar un título corto para el encabezado.

Segunda página

La segunda página del manuscrito debe contener un resumen (abstract) en inglés y español, de no más de 200 palabras. Para el caso de artículos originales, el resumen deberá incluir los siguientes apartados: introducción, materiales y métodos, resultados y conclusiones. Las revisiones podrán contener: objetivo, resultados (síntesis de la información) y conclusiones. Para los casos clínicos, se deberán incluir: introducción, presentación del caso clínico y discusión. Al final de cada resumen se anotarán de tres a seis palabras que definan el contenido temático del artículo (palabras clave) y que se encuentre listadas en Index Medicus (se puede consultar la siguiente página de palabras claves: http://wwwcf.nlm.nih.gov/class/index_18.html). Las palabras clave deberán ponerse en inglés y en español. La traducción del resumen será responsabilidad del autor.

Tercera página

Texto

Los trabajos de investigación clínica o experimental, tendrán las siguientes secciones: introducción, material y métodos, resultados, discusión y conclusiones. Los reportes de casos clínicos contendrán: introducción, presentación del caso clínico y discusión. Los artículos de revisión contendrán: introducción y los subtítulos necesarios para el desarrollo lógico del contenido y conclusiones. En el caso de mencionar dientes favor de referirse a ellos por su nombre completo o la clasificación de la Federación Dental Internacional (FDI). Ej. (Incisivo central superior derecho o 1.1).

Si como parte del artículo es necesario incluir el nombre de una marca comercial, se deberá incluir el nombre del fabricante y dirección (ciudad y país). En el caso de equipos científicos, deberá mencionarse el modelo, marca y dirección.

Agradecimientos (Opcional)

A instituciones u organizaciones y personas que apoyaron la realización de la investigación. Debe enviarse el permiso por escrito de las personas que serán citadas por su nombre o a la fuente de financiamiento.

Fotos y figuras

Todas las ilustraciones, figuras y fotografías deberán ser numeradas en orden secuencial con números arábigos. Cada uno deberá contar con la leyenda descriptiva al pie de la misma, **cada una se presentará en páginas independientes.**

Confidencialidad del paciente

En fotografías donde se identifique al paciente, se deberá contar con la aprobación por escrito para su publicación. En caso de que el consentimiento no haya sido concedido, los rasgos deberán aparecer con un efecto de modificación o de enmascaramiento para que dicha persona no sea reconocible en la ilustración. Las figuras deberán ser presentadas en formato JPEG o TIF.

Tablas

Las tablas solo deben utilizarse para aclarar los puntos importantes, la doble documentación en tablas y figuras no será aceptable. Las tablas deberán ser numeradas consecutivamente en números arábigos, deben de tener doble espaciado y cada una en hojas separadas, solo se pondrán las líneas horizontales, teniendo en cuenta el tamaño de la página a imprimir. No enviar tablas como fotografías. Un subtítulo corto y descriptivo deberá aparecer encima de cada tabla. Se debe tener cuidado de que todas las unidades estén incluidas y que cada tabla esté citada en el texto.

Referencias

La fidelidad de las referencias será responsabilidad del autor, todos los autores o grupos de autores en el artículo deben aparecer en una lista de referencias y viceversa. Las citas en el texto se harán según el número correspondiente al listado de referencias. En caso de ser varias las citas, para avalar un concepto y éstas sean correlativos, utilizar un guión entre la primera y la última.

Las referencias se redactarán utilizando el estilo del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas y las abreviaciones de los nombres de las revistas de acuerdo con lo señalado en el Index Medicus. El listado de referencias se debe situar al final del texto, en orden de aparición siguiendo el formato Vancouver.

Ejemplos de citas:

Revistas con 1 autor:

Himes JH. An early hand-wrist atlas and its implications for secular change in bone age. *Ann Hum Biol* 1984;11(1):71-5.

Revistas con 2 autores:

Grave KC, Brown T. Skeletal ossification and the adolescent growth spurt. *Am J Orthod* 1976;69(6): 611-9.

Revistas con 2 autores o más:

Gapski R, Parks CA, Wang HL. Acellular dermal matrix for mucogingival surgery: a meta-analysis. *J Periodontol* 2005;76(11):1814-22.

Libros:

Nelson WE, Kliegman R, Arvin AM, Behrman RE. *Tratado de Pediatría*. 17 ed. Madrid: Elsevier; 2004.

Página Web:

Clemens SL, Faulkner WC, Browning EB, Murray JS, Alcott LM, Stowe HB. Título Primario. Año de Publicación; Disponible en: URL: <http://www.ejemplopaginaweb.com>

Abreviaciones, símbolos y nomenclatura: Sólo términos estandarizados, que han sido generalmente aceptados deberán de ser usados. Abreviaciones no familiarizadas deberán ser definidas cuando son utilizadas por primera vez.

EVALUACIÓN DEL ARTÍCULO

La REVISTA ODONTOLÓGICA LATINOAMERICANA, como parte del proceso para la aceptación de artículos y su posterior publicación, invitará a dos revisores que fungirán como pares externos para arbitraje del artículo. El método utilizado será doble

ciego. La decisión será inapelable y en caso de no haber coincidencia en el dictamen, se invitará a un tercer revisor para la decisión final. El informe del arbitraje concluirá con recomendaciones para la publicación o no publicación del artículo en cuestión. Para ello se valdrá de las siguientes categorías: ACEPTADO, DEVUELTO PARA REVISIÓN y RECHAZADO, el cual se hará por escrito al autor responsable. En caso de ser DEVUELTO PARA REVISIÓN, el autor deberá realizar las modificaciones indicadas y devolver el texto original (con las modificaciones sugeridas) y el modificado para su reevaluación, en un tiempo no mayor a 15 días.

LISTA RÁPIDA DE COTEJO

- Enviar 3 copias del manuscrito.
- Entregar la carta de presentación que incluya los datos previamente indicados.
- Página de Inicio que incluya:
 - a) Título del artículo,
 - b) el nombre completo de los autores, sus grados académicos, institución a la cual pertenecen,
 - c) la dirección completa con teléfonos y correo electrónico del autor responsable.
- Resumen en inglés y en español.
- El artículo propiamente dicho respetando la división de secciones según las instrucciones previamente mencionadas.
- Asegúrese de que las referencias sigan el formato Vancouver, que estén completas y exactas.
- Incluir carta de agradecimiento en caso de aplicar.
- Incluir carta de autorización del paciente para publicación de sus fotografías.
- Incluir cartas de permiso para utilización de figuras o tablas previamente utilizadas por otros autores.

Revista Odontológica Latinoamericana

Volumen 17, Suplemento 1, Mayo 2025

ÍNDICE

14o Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Patología
y Medicina Bucal, Colegio A.C.

Presentación	6
Resúmenes	
Casos Clínicos Licenciatura Oral	11
Casos Clínicos Licenciatura Cartel	14
Caso Clínicos Posgrado Oral	23
Casos Clínicos Posgrado Cartel	31
Caso Clínico Libre Oral	41
Investigación Cartel Licenciatura	47
Investigación Cartel Posgrado	49
Investigación Libre Cartel	53

