



# **3<sup>ER</sup> CONGRESO INTERNACIONAL DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE PATOLOGÍA Y MEDICINA BUCAL, A.C.**

## **XII DE LA ACADEMIA JALISCIENSE DE PATOLOGÍA Y MEDICINA BUCAL, A.C.**

### ***CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS E INVESTIGACIÓN***

# ***MEMORIAS***

**GUADALAJARA, JALISCO. OCTUBRE 2014**

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



# CONTENIDO

## CASOS CLÍNICOS

**Categoría: Estudiante de Licenciatura**

**Modalidad: Presentación oral**

1LCO

### **ERITEMA MULTIFORME MENOR INDUCIDO POR IBUPROFENO: PRESENTACIÓN DE 1 CASO.**

Alejandro Rocha Castillo, Francisco Javier Tejeda Nava, Nadya Nava Zarate, Luis Octavio Sánchez Vargas, Víctor Hugo Toral Rizo, Saray Aranda Romo.

2LCO

### **LINFOMA EN ENCÍA, PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.**

Montserrat G. Juárez Juárez, Dulce M. Sánchez Ramos, Bernardo Cruz Legorreta, Aurora Lucero Reyes, Beatriz C. Aldape Barrios, Irene Mendieta Sánchez, Elvia Ortíz Ortíz, Patricia Limón Huitrón.

3LCO

### **CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA AGUDA CAUSADA POR INHALADORES DE PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA.**

Tomekishi Mawatari Reyes, Francisco Javier Tejeda Nava, Juan Alejandro Mendoza Juache, Luis Octavio Sánchez Vargas Saray Aranda Romo.

4LCO

### **CARCINOMA ORAL DE CÉLULAS ESCAMOSAS EN MUCOSA YUGAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO.**

Alicia Díaz Magdaleno, Janett Soriano González, Alberto I. González Rodríguez-Arana, Agustín Güemes Meza.

5LCO

### **HIPERPLASIA GINGIVAL ESPONGIÓTICA JUVENIL LOCALIZADA. REPORTE DE UN CASO.**

María Del Socorro Islas Ruiz, Víctor Hugo Toral Rizo, María Del Socorro Ruiz Rodríguez, Francisco Javier Tejeda Nava, Saray Arando Romo.

6LCO

### **QUISTE ÓSEO SOLITARIO DE MANDIBULA, PRESENTACION DE UN CASO CLINICO.**

Simey Martínez González, Mirrelle Leyva Duran, Gerardo Meza García.

7LCO

**LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B, TIPO NO CENTRO GERMINATIVO. RELATO DE CASO.**

Marianna Guadalupe Mireles Gallegos, Víctor Hugo Toral Rizo, Saray Aranda Romo.

8LCO

**ODONTODISPLASIA REGIONAL MAXILAR. REPORTE DE UN CASO.**

Juan Carlos Fuertes Flores, Ana Gabriela González Borja V, Mario Nava Villalba.

**CASOS CLÍNICOS**

**Categoría: Estudiante de Licenciatura**

**Modalidad: Cartel**

1LCC

**ADENOMA PLEOMORFO DE PALADAR, PRESENTACION DE UN CASO CLINICO.**

José Ramón Valle Audelo, Gerardo Meza García, Luis Gabriel Martínez Sánchez, Óscar Luis Sosa.

2LCC

**CARCINOMA ADENOIDEO QUISTICO SÓLIDO EN PISO DE BOCA PRESENTACION DE UN CASO CLINICO.**

Omar Martínez Enríquez, Karla Victoria Rasgado Ruiz, Gerardo Meza García, Fabián Tafoya Ramírez.

3LCC

**DENS IN DENT, REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.**

Paloma Serrano Díaz, Javier De La Fuente Hernández, Fernando Tenorio Rocha, Paola Campos Ibarra.

4LCC

**LESIÓN BLANCA CRÓNICA EN CARA LATERAL DE LA LENGUA EN UNA MUJER DE 59 AÑOS.**

Eugenio Enríquez Quintana, Marco Antonio Torres Carmona.

5LCC

**ESTOMATITIS AFTOSA CRÓNICA, REPORTE DE UN CASO.**

Luis Eduardo Rosales Luviano, Carolina Jiménez Méndez, Marco Antonio Torres Carmona.

6LCC

**USO DEL PROPIONATO DE CLOBETASOL COMO TRATAMIENTO PARA ESTOMATITIS AFTOSA RECIDIVANTE MENOR.**

Henry Reyes Oribio, Fabián Ocampo Acosta.

7LCC

**FENÓMENO DE EXTRAVASACIÓN MUCOSA EN PISO DE BOCA, PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO.**

Alejandra Isela Andrade Flores, Nancy Pérez Cornejo, Javier De La Fuente Hernández, Paola Campos Ibarra, Fernando Tenorio Rocha.

8LCC

**FIBROMA OSIFICANTE CENTRAL, PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO.**

Ángel David Paulino González, Javier De La Fuente Hernández, Fernando Tenorio Rocha, Paola Campos Ibarra.

9LCC

**DIENTES INCLUIDOS, IMPACTADOS Y SUPERNUMERARIOS.**

Ezequiel Alejandro Pérez Ibarra, Suni Madai Benítez Meza, Diana López Briseño.

10LCC

**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UN HEMANGIOMA ARTERIOVENOSO SUPERFICIAL.**

Claudia Valeria Magdalena Álvarez, Janett Soriano González, Alberto I. González Rodríguez-Arana, Arturo Parra Ortiz, Jorge Bonilla de Julián.

11LCC

**HIPERBILIRRUBINEMIA: PIGMENTACIÓN DENTAL INTRÍNSECA. CASO CLÍNICO.**

Daniel Irie Paniagua Zamora, José Francisco Raygoza López, Amalia Lizeth García Munguía y Fabián Ocampo Acosta.

12LCC

**HIPERPLASIA GINGIVAL IDIOPÁTICA, PRESENTACIÓN DE UN CASO.**

Sthepany Sarai González Hernández, Diana Díaz Cuahutencos, Javier Cahuantzi Saldaña, Bernardo Cruz Legorreta, Aurora Lucero Reyes, Elvia Ortíz Ortíz, Patricia Limón Huitrón, Rosario Lechuga Rojas .

13LCC

**LESIÓN CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES: REPORTE DE UN CASO.**

Jessica Lana Ojeda, Beatriz Catalina Aldape Barrios, Luis Alberto Montoya Pérez.

14LCC

**CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE PALADAR. REPORTE DE UN CASO.**

Irving Nuriel Pulido Esquivel, Mario Nava Villalba.

15LCC

**PENFIGOIDE DE LAS MEMBRANAS MUCOSAS, PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO.**

Edgar Jonathan Sánchez Barajas, Nancy Pérez Cornejo, Javier De La Fuente Hernández, Paola Campos Ibarra, Fernando Tenorio Rocha.

16LCC

**GRANULOMA DE CUERPO EXTRAÑO INDUCIDO POR LA APLICACIÓN DE UN MATERIAL DE RELLENO COSMÉTICO EN LA REGIÓN OROFACIAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

Roberto González López, Estela De la Rosa García, Luis Octavio Sánchez Vargas, Francisco J. Tejeda Nava, Saray Aranda Romo.

17LCC

**DISPLASIA ÓSEA FLORIDA, PRESENTACIÓN DE DOS CASOS.**

Víctor Manuel García Paulín, Elvira Jazmín Esquivel Juárez, Susana Sánchez Aguilar.

18LCC

**ANGIOSARCOMA GIGANTE DEL MAXILAR.**

Polet Ibarra-Virgen, Miriam Oliveros-Ruíz, Ana Ma. Cano-Valdés, Remedios Sánchez-Díaz, París Mier-Maldonado, Francisco Torralva-Sandoval, Edgar R. Méndez-Sánchez.

19LCC

**NEOPLASIA BENIGNA FUSOCELULAR EN RAMA ASCENDENTE DE MANDIBULA. RELATO DE UN CASO.**

María de la Paz Ledesma Sánchez, Jalil López Ramírez, Mario Nava Villalba.

20LCC

**QUISTE ODONTOGÉNICO GLANDULAR. REPORTE DE UN CASO.**

Diego Hernández Mendoza, Israel Flores Clemente, Mario Nava Villalba.

21LCC

**FIBROLIPOMA EN BORDE LATERAL DE LA LENGUA.**

Cynthia Janneth García Hernández, Eduardo Chávez Yáñez, Estela de la Rosa García.

## CASOS CLÍNICOS

**Categoría: Estudiante de Posgrado**

**Modalidad: Presentación oral**

1PCO

### **ENFERMEDAD MANO, PIE y BOCA. REPORTE DE UN CASO.**

Clarissa I. Martínez Escobar, Claudia Butrón Téllez Girón, Miguel Ángel Rosales Berber, Francisco J. Tejeda Nava. María del Socorro Ruíz Rodríguez.

2PCO

### **HISTOPLASMOSIS CUTANEA SECUNDARIA EN LABIO: PRESENTACIÓN DE UN CASO INUSUAL.**

Rocío Leticia De Anda Licea, Alexandro Bonifaz, Judith Berenice Macías Jiménez, Javier Portilla Robertson.

3PCO

### **NÓDULOS LINGUALES COMO SIGNO ÚNICO DE SECUNDARISMO SIFILITICO: CUANDO LA SEROLOGÍA NO ES SUFICIENTE.**

Lizet Monserrat Castillo Real, Gabriela Anaya-Saavedra, Velia Ramírez-Amador, Ana María Cano Valdez, Brenda Crabtree-Ramírez.

4PCO

### **CITOMEGALOVIRUS ORAL EN PACIENTE CON TIMOMA AB: IMPORTANCIA EN EL DIAGNÓSTICO.**

José Gustavo Cadena González, Ana María Cano Valdez.

5PCO

### **PÉNFIGO PARANEOPLASICO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UN LINFOMA: PRESENTACIÓN DE UN CASO.**

Jorge Armando López Mendoza, María Roxana Peláez Molina, Héctor Francisco Meráz Acosta, Federico Rivera Luna, Anitza Domínguez Sánchez, María de Lourdes Montaña Pérez.

## CASOS CLÍNICOS

**Categoría: Estudiante de Posgrado**

**Modalidad: Cartel**

1PCC

### **CARCINOMA DE CÉLULAS ACINARES EN PALADAR.**

Azalia Lozoya Tallabas, Jessica Maldonado Mendoza, Martha Beatriz González Guevara.

2PCC

### **PENFIGOIDE DE LAS MUCOSAS, REPORTE DE UN CASO.**

David Gómez Thomas, Miguel Padilla Rosas, Alma Alicia Soto Chávez.

3PCC

### **CEMENTOBLASTOMA, REPORTE DE UN CASO.**

Georgina López Jiménez, Miguel Padilla Rosas, César Paul Gómez Franco, Alondra del Carmen Ruiz Gutiérrez.

4PCC

### **AMELOBLASTOMA SÓLIDO PRESENTACIÓN DE UN CASO.**

Nancy Pérez Cornejo, Fernando Tenorio Rocha, Benjamín Sánchez Trocino.

5PCC

### **QUISTE RESIDUAL, REPORTE DE UN CASO.**

Ana Cristina González Espinoza, Miguel Padilla Rosas, Vianeth Martínez Rodríguez.

6PCC

### **SÍNDROME AUTOINMUNE MULTIORGÁNICO PARANEOPLÁSICO: MÁS QUE UNA FORMA ATÍPICA DE PÉNFIGO.**

José Gabriel Zambrano, Martha Jessica Olalde-Hernández, Adalberto Mosqueda-Taylor, Olga Macias.

7PCC

### **ESCLEROMA RESPIRATORIO, SU VARIABILIDAD CLÍNICA Y LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO CORRECTO.**

Martha Estela García Sánchez, Sol María de la Hoz Barandica, Velia Ramírez Amador, Estela de la Rosa García.

8PCC

**ÚLCERA PALATINA CENTRAL: LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECISO PARA LA TOMA DE DECISIONES TERAPÉUTICAS.**

Selik Arturo Camacho Aguilar, Adalberto Mosqueda Taylor, Alfredo Garcilazo Gómez.

9PCC

**MANEJO ORTODONCICO EN PACIENTE QUE PRESENTA SÍNDROME DE DOWN.**

Juan Andrés Vicuña Barzallo, Roberto Valencia Hitte, Iveth Stefania Berliner Cáceres.

**ANOMALÍAS CRANEOFACIALES**

**CASOS CLÍNICOS**

**Modalidad: Cartel**

1CFP

**TRATAMIENTO ESTOMATOLÓGICO MULTIDISCIPLINARIO EN UN PACIENTE QUE PRESENTA LABIO Y PALADAR HENDIDO.**

Myriam González, Roberto Valencia Hitte, José Miguel De León Fajardo.

2CFP

**TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO DE UN PACIENTE CON SINDROME DE PARRY-ROMBERG.**

Oscar Adrián Muñoz Barrera, Ovidio Alberto Pérez Moreno, Diana Luz Quiroz Morales, Roberto Valencia Hitte, Adán Casasa Araujo.

3CFP

**AGENESIA AISADA DEL CUERPO CALLOSO.**

Juan Ramón Ruíz-López, Fabián Ocampo-Acosta, Marisela Martínez-Gamboa, París A. Mier-Maldonado, Francisco Torralva-Sandoval, Edgar R. Méndez-Sánchez.

4CFL

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA PLAGIOCEFALIA, PRESENTACIÓN DE 2 CASOS.**

Iziar Granados Macedo, Marco Antonio Torres Carmona.

**Categoría: Libre**

**Modalidad: Presentación oral**

1LiCO

**CARCINOMA NASOFARÍNGEO INDIFERENCIADO DIAGNOSTICADO INICIALMENTE COMO LINFOMA.**

Rebeca Guzmán-Medrano, Eduardo Morales Flores, Héctor Villanueva Clift, Carolina Zubia Díaz, Julio Villegas Ham.

2LiCO

**GRANULOMA CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES EN UN PACIENTE DE 15 AÑOS: REPORTE DE UN CASO.**

Ana Elizabeth Sánchez Becerra, José Sergio Zepeda Nuño, Juan José Soto Ávila, Diana Gabriela Rodríguez Tapia, Guillermo Manuel Amezcua Rosas.

3LiCO

**LEIOMIOMA SIMPLÁSTICO UTERINO VS METÁSTASIS MANDIBULAR DE LEIOMIOSARCOMA, CON NEUROPATÍA MENTONIANA. RELATO DE UN CASO.**

Víctor Hugo Toral Rizo, Francisco Javier Tejeda Nava, Ana Camila Messeti, Marco Antonio Huerta Solís, Pablo Agustín Vargas, Oslei Paes de Almeida.

4LiCO

**CARCINOMA AMELOBLÁSTICO DE CÉLULAS FUSIFORMES (SARCOMATOIDE) TIPO PRIMARIO INTRAÓSEO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CON ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO Y ULTRAESTRUCTURAL.**

Roberto Onner Cruz Tapia, Leonora Chávez Mercado, Ana María Cano Valdez, Javier Portilla Robertson.

5LiCO

**CONDILOMA ACUMINADO: REPORTE DE UN CASO.**

Miguel Padilla Rosas, Héctor Montoya Fuentes.

6LiCO

**MIOFIBROMA: REPORTE DE UN CASO.**

Miguel Padilla Rosas.

## INVESTIGACIÓN

**Categoría: Estudiante de Posgrado y Libre**

**Modalidad: Presentación oral**

1PIO

### **COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE ADN OBTENIDOS EN CEPILLADOS CITOLÓGICOS DE LA MUCOSA BUCAL Y OROFARÍNGEA EN PACIENTES CON VIH/SIDA.**

Itzel Castillejos García, Gabriela Anaya-Saavedra, Velia Ramírez-Amador, Miriam Guido Jiménez, Alejandro García Carrancá, Verónica Gasga Tapia.

2PIO

### **INHIBICIÓN DEL ESTRÉS OXIDANTE, ERIPTÓISIS Y CAMBIOS MORFOLÓGICOS EN EL ERITROCITO HUMANO, POR ACCIÓN DE ANTIOXIDANTES NATURALES.**

Banderas-Tarabay José Antonio, Cervantes-Rodríguez Margarita, Grada-Cuauhtenzi Miriam, Espindola-Lozano Marlen y Méndez-Iturbide Daniel.

3PIO

### **ESPECTRO CLÍNICO-PATOLÓGICO DE LAS LESIONES BUCALES ASOCIADAS AL VPH EN PACIENTES CON VIH/SIDA .**

Selik Arturo Camacho Aguilar, Gabriela Anaya Saavedra, Velia Ramírez Amador, Miriam Guido Jiménez, Alejandro García Carrancá.

4PIO

### **COLONIZACIÓN E INFECCIÓN POR Candida SP. AISLADA EN LA MUCOSA BUCAL DE PACIENTES CON VIH/SIDA.**

Martha Estela García Sánchez, Velia Ramírez Amador, Gabriela Anaya Saavedra, Luis Octavio Sánchez Vargas, Brenda Crabtree Ramírez, Alejandro Mendoza Juache, Juan Sierra Madero.

5PIO

### **SUSCEPTIBILIDAD ANTIFÚNGICA EN AISLAMIENTOS BUCALES DE CANDIDA spp. PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

Martha Jessica Olalde Hernández, Juan Alejandro Mendoza Juache, M Esther Irigoyen Camacho, Luis Octavio Sánchez Vargas, Saray Aranda, Arnoldo Mondragón Padilla, Estela de la Rosa García.

6PIO

### **FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE LESIONES BUCALES EN PACIENTES CON LEUCEMIA AGUDA BAJO QUIMIOTERAPIA.**

José Gabriel Zambrano, Velia Ramírez-Amador, Gabriela Anaya-Saavedra, Karla Terreros-Ortiz, Alejandro Zentella-Dehesa, Ana Florencia Ramírez Ibargüen, Juan R. Labardini Méndez, Sergio Ponce de León.

7PIO

**COMPARACIÓN DE PARÁMETROS CLÍNICOS ENTRE AMELOBLASTOMAS CON DIFERENTE NIVEL DE INFILTRADO INFLAMATORIO.**

Rebeca Guzmán-Medrano, Rocío Arreola Rosales, Mineko Shibayama, Mario Rodríguez Rodríguez.

8PIO

**DETERMINACIÓN DE LA EXPRESIÓN DEL ARNm DE LOS GENES BORIS Y CTCF EN DIFERENTES LESIONES DE CAVIDAD BUCAL.**

Graciela Zambrano-Galván, Oscar Eduardo Almeda-Ojeda, Obed Lemus-Rojero, Jesús Oscar Reyes-Escalera, Miguel Arturo Reyes-Romero, Roberto Ávila-Valdez.

9PIO

**PERCEPCIONES DE ODONTÓLOGOS SOBRE SU CAPACIDAD PARA DIAGNOSTICAR LESIONES BUCALES ASOCIADAS CON LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA.**

López-Cámara V, Velia Ramírez-Amador, Gabriela Anaya-Saavedra, Joscelin Dejanira Morales Berber.

10PIO

**EFFECTO DE c-Met y MUC1 EN LA PROLIFERACIÓN CELULAR Y EXPRESIÓN DE MOLÉCULAS DE ADHESIÓN EN EL CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS ORAL *in vitro*.**

Claudio Viveros Amador, Juan Carlos Hernández Guerrero, Cristina Trejo Solís, María Dolores Jiménez Farfán.

**INVESTIGACIÓN**

**Categoría: Estudiante de Licenciatura**

**Modalidad: Presentación oral**

1LIO

**INFLAMACIÓN CRÓNICA GRANULOMATOSA ASOCIADA A MICOBACTERIAS.**

Yamely Ruiz Vázquez, Felipe de Jesús García León, Beatriz Catalina Aldape Barrios.

2LIO

**MICRONÚCLEOS EN CÉLULAS DE LA MUCOSA ORAL (BMCyT) DE ENFERMERAS EXPUESTAS LABORALMENTE A MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS.**

Héctor Martínez Campos, Ma. Lilia A. Alcántar Zavala y Elia Roldán Reyes.

3LIO

**DETERMINACIÓN DE LA SENSIBILIDAD DE ESPECIES DE Candida AISLADAS DE PRÓTESIS DENTALES, A UNA SOLUCIÓN DE NANOPARTÍCULAS DE PLATA.**

Juan Alejandro Mendoza Juache, Carolina Cortes Ortega, Jorge Eduardo Avilés González, Saray Aranda Romo, Luis Octavio Sánchez Vargas.

4LIO

**COMPARACIÓN CLÍNICA Y DE INMUNOEXPRESIÓN DE CD68 ENTRE LESIÓN CENTRAL Y PERIFÉRICA DE CÉLULAS GIGANTES DE LOS MAXILARES.**

Eduardo Chávez Yáñez, Nancy Noya Maíz, Estela de la Rosa García.

5LIO

**SUSCEPTIBILIDAD ANTIFÚNGICA DE UNA MEZCLA DE ACEITES ESENCIALES NATURALES EN AISLAMIENTOS DE CANDIDA spp. PROVENIENTES DE MUCOSA BUCAL DE PACIENTES EN HEMODIÁLISIS.**

Moisés Hernández Hernández, Alba Mata Galván, Estela De La Rosa García, Luis Octavio Sánchez Vargas, Alejandro Mendoza Juache, Jorge Avilés González, Saray Aranda Romo.

6LIO

**PREVALENCIA DE CARCINOMA ORAL DE CELULAS ESCAMOSAS EN PACIENTES JOVENES Y ADULTOS ESTUDIO RETROSPECTIVO 2004 – 2014.**

José Julio Magaña Quiñones, Luis Alberto Gaitán Cepeda.

7LIO

**FRECUENCIA DE HIPOMINERALIZACIÓN INCISIVO MOLAR EN LA ZONA CONURBADA DE SAN LUIS POTOSÍ, SLP.**

Martin Luciano Hernández Gámez, Saray Aranda Romo, Luis Octavio Sánchez Vargas, Francisco Javier Tejeda Nava, María Guadalupe Onofre Quilantan.

# CASOS CLÍNICOS

**CATEGORÍA: ESTUDIANTE DE LICENCIATURA**

**MODALIDAD: PRESENTACIÓN ORAL**

Clave	Título del trabajo, autores e Instituciones	Resumen
1LCO	<p><b>ERITEMA MULTIFORME MENOR INDUCIDO POR IBUPROFENO: PRESENTACIÓN DE 1 CASO</b>  <b>Alejandro Rocha Castillo</b><sup>1</sup>, Francisco Javier Tejeda Nava<sup>2</sup>, Nadya Nava Zarate<sup>3</sup>, Luis Octavio Sánchez Vargas<sup>4</sup>, Víctor Hugo Toral Rizo<sup>5</sup>, Saray Aranda Romo<sup>6</sup>.</p> <p><sup>1</sup> Facultad de Estomatología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.  <sup>2,3,6</sup> Clínica de diagnóstico. Facultad de Estomatología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.  <sup>4</sup> Laboratorio de bioquímica, microbiología y patología. Facultad de Estomatología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.  <sup>5</sup> Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.</p>	<p><b>Introducción:</b> El eritema multiforme (EM) es un trastorno reactivo mucocutáneo más común en jóvenes, es causado por reacciones citotóxicas a fármacos y microorganismos, en cavidad oral se manifiesta como lesiones erosivas eritematosas, ampulares, costras con áreas sangrantes preferentemente en áreas de mucosa no queratinizada y labios. <b>Caso clínico:</b> paciente masculino de 63 años de edad que solicita atención dental, al momento de realizar una extracción se le receta ibuprofeno como analgésico y horas después aparecieron en labios grandes áreas de erosión, ulceración cubiertas por costras serohemáticas, las lesiones se localizaban además en la mucosa yugal anterior, estas se acompañaban de múltiples máculas eritematosas redondeadas bien circunscritas en miembros superiores e inferiores consideradas atípicas por no presentar la pápula central, estas lesiones se tornaron violáceas 3 días después del brote, además la zona de genitales presentó erosiones con sintomatología ardorosa. Se refirió al servicio de dermatología donde diagnosticaron eritema multiforme menor inducido por ibuprofeno y con el tratamiento evolucionó satisfactoriamente. <b>Discusión:</b> El EM es desencadenado por fármacos prescritos comúnmente en la práctica odontológica, mostrando una gran diversidad de lesiones mucocutáneas que el odontólogo debe reconocer <b>Conclusión:</b> Es importante considerar las reacciones secundarias a la administración de fármacos principalmente los AINES como el ibuprofeno y reconocer las características clínicas del EM para su adecuado diagnóstico y tratamiento.</p>
2LCO	<p><b>LINFOMA EN ENCÍA, PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO</b>  <b>Montserrat G. Juárez Juárez*</b>, Dulce M. Sánchez Ramos*, Bernardo Cruz Legorreta**, Aurora Lucero Reyes**, Beatriz C. Aldape Barrios***, Irene Mendieta Sánchez, Elvia Ortíz Ortíz**, Patricia Limón Huitrón**</p> <p>*Alumnas de la Facultad de Odontología, **Docentes de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Tlaxcala, Tlaxcala, ***Docente de la Facultad de Odontología, UNAM.</p>	<p>Los Linfomas son un grupo heterogéneo de neoplasias, que van desde formas pseudo-leucémicas, con afectación difusa del organismo, hasta otras puramente locales. En la cavidad oral los linfomas se localizan habitualmente en el anillo de Waldeyer, particularmente en la amígdala palatina en 5-10% del total de linfomas. En cavidad oral representan menos del 3% de todos los linfomas de cabeza y cuello. Los linfomas de la cavidad bucal se manifiestan como un tumor, ulcerado eritroplásico, y de ubicación variable. En orden de frecuencia lo hemos hallado en encía, lengua, amígdala y paladar. Las lesiones que involucran hueso se observan</p>



como una lesión radiolúcida, osteolítica, con movilidad de los dientes involucrados, abombamiento de tablas e invasión de la mucosa.

**Caso Clínico:** Paciente masculino de 97 años de edad que refiere presentar aumento de volumen en encía de aproximadamente 3 cm. en la región de centrales anteriores inferiores con una evolución de cuatro meses, asintomática. Se le realizan estudios de laboratorio sin presentar alguna alteración, radiográficamente no se observa lesión. Se realiza biopsia incisional y en el estudio histopatológico, así como en las pruebas de inmunohistoquímica nos refieren un Linfoma de encía.

**Conclusión:** Con los avances en el tratamiento, actualmente la tasa de supervivencia relativa a un año para todos los pacientes diagnosticados con linfomas es alrededor de 92%; las tasas de supervivencia a 5 años y 10 años son alrededor de 85% y 80%, respectivamente. Ciertos factores, tales como la etapa o estadio (extensión) de la enfermedad y la edad de la persona afectan a estas tasas.

### 3LCO

#### CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA AGUDA CAUSADA POR INHALADORES DE PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA.

Tomekishi Mawatari Reyes<sup>1</sup>, Francisco Javier Tejeda Nava<sup>1</sup>, Juan Alejandro Mendoza Juache<sup>2</sup>, Luis Octavio Sánchez Vargas<sup>2</sup> Saray Aranda Romo<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Clínica de diagnóstico Facultad de Estomatología Universidad Autónoma de San Luis Potosí

<sup>2</sup> Laboratorio de Bioquímica Microbiología y Patología Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

**Introducción:** La EPOC es una enfermedad progresiva que causa dificultad para respirar el tratamiento es a base de broncodilatadores y esteroides inhalados los cuales pueden ocasionar candidiasis pseudomembranosa. **Presentación del Caso:** Paciente femenina de 79 años de edad acude a la clínica de cirugía de la Facultad de Estomatología por dolor y ardor en la cavidad bucal originada por el órgano dentario 25. A la exploración intraoral se detectan múltiples placas blanquecinas en la mucosa yugal posterior y la lengua, así como áreas eritematosas en el paladar, como antecedentes personales no patológicos durante muchos años cocino con leña estando expuesta al humo y como antecedentes personales patológicos la paciente padece EPOC para la cual usa como tratamiento Seretide inalado. Se le tomo citología y se realizó un cultivo en el cual se identificó mediante un chromagar la presencia de candida albicans, se le hizo sensibilidad antifúngicos y se le administro Fluconazol de 150 mg diarios por 8 días. **Discusión:** El uso de inhaladores los cuales tiene inmunosupresores potentes predisponen al desarrollo de Cándida pseudomembranosa la cual debe ser tratada a tiempo por la posibilidad de su diseminación esofágica. **Conclusión:** El uso de inhaladores de pacientes con EPOC es un factor predisponente para el desarrollo de candidiasis pseudomembranosa la cual debe ser tratada oportunamente para evitar su diseminación.

### 4LCO

#### CARCINOMA ORAL DE CÉLULAS ESCAMOSAS EN MUCOSA YUGAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Alicia Díaz Magdaleno, Janett Soriano González, Alberto I. González Rodríguez-Arana, Agustín Güemes Meza.

**Introducción:** El Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) es la neoplasia maligna más frecuente en cavidad oral (90%). Constituye el 3% de todos los cánceres diagnosticados en hombres y el 2% en mujeres; aparece con mayor frecuencia en labio y bordes laterales de la lengua, siendo poco frecuente en la mucosa yugal (1%), con manifestaciones clínicas diferentes según el estadio, y diversos factores etiológicos involucrados. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 73 años, con antecedente



Facultad de odontología de la Universidad Quetzacóatl en Irapuato.  
Clínica-Hospital del ISSSTE Irapuato, Guanajuato.

de tabaquismo, diabetes, hipertensión, e insuficiencia renal crónica; acude a clínica de Facultad de Odontología por presentar un aumento de volumen. Intraoralmente se observó tumoración localizada en mucosa yugal, de base pediculada, bordes eritematosos, superficie ulcerada y consistencia firme, midió 3.5 x 3.5 x 1.5 cm, doloroso a la palpación con un año de evolución; el diagnóstico presuntivo fue compatible con Adenocarcinoma. Se realizó biopsia incisional y el diagnóstico histopatológico fue de COCE. El paciente fue tratado con resección amplia del tumor, disección linfática electiva de niveles I, II, y III izquierdos, y radioterapia adyuvante. Se presentó recidiva, por lo que fue operado nuevamente. El paciente falleció en el postoperatorio por complicaciones respiratorias. **Discusión:** Intraoralmente el COCE se presenta con mayor frecuencia en bordes laterales de la lengua, siendo una localización muy poco frecuente la mucosa yugal. Se calcula que la recidiva del COCE varía de 21 a 35%, existiendo una supervivencia de 70 a 90% a 5 años en pacientes en estadios I y II; sin embargo, a pesar de que nuestro paciente se encontraba en estadio II, su sobrevivida fue menor de 1 año a partir del diagnóstico debido al compromiso sistémico que empeoró la evolución, el pronóstico y el desenlace de la enfermedad. **Conclusiones:** El COCE es uno de los pocos carcinomas que pueden ser detectados en sus primeros estadios; aunque el diagnóstico precoz es el principal factor para lograr un pronóstico favorable. El compromiso sistémico juega un papel muy importante.

## 5LCO

### HIPERPLASIA GINGIVAL ESPONGIÓTICA JUVENIL LOCALIZADA. REPORTE DE UN CASO

María Del Socorro Islas Ruiz<sup>1</sup>, <sup>2</sup> Víctor Hugo Toral Rizo, <sup>3</sup> María Del Socorro Ruiz Rodríguez, <sup>4</sup> Francisco Javier Tejeda Nava, <sup>4</sup> Saray Arando Romo

<sup>1</sup>Alumno de licenciatura Médico Estomatólogo UASLP, <sup>2</sup>Coordinadora Especialidad en Estomatología Pediátrica UASLP, <sup>3</sup>Clínica de Diagnóstico Universidad Benemérita Autónoma de Puebla, <sup>4</sup>Clínica de Diagnóstico Facultad de Estomatología UASLP.

**Introducción:** La hiperplasia gingival espongiótica juvenil localizada (HGEJL) es una lesión benigna recientemente descrita que afecta a la encía de niños y de adultos jóvenes. Clínicamente puede apreciarse como un parche rojo. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 12 años de edad, que acude a la clínica de diagnóstico de la Facultad de Estomatología de UASLP para la realización de una profilaxis dental. Clínicamente se observan lesiones de parches rojos en la encía insertada del segmento anterosuperior a nivel de los OD 13 y 11, asociadas a la presencia de placa, siendo en primera instancia el diagnóstico presuntivo de gingivitis. Se realiza la profilaxis y una semana después se observa la desaparición de una de las lesiones y persistencia de la otra. Por lo cual se realiza biopsia excisional para su examinación histológica. El examen microscópico mostró, una hiperplasia epitelial papilar sutil con prominente edema intercelular y exocitosis de la superficie del epitelio escamoso. Las características clínicas e histológicas fueron consistentes para el diagnóstico de hiperplasia gingival espongiótica juvenil localizada. **Discusión:** La HGEJL frecuentemente se encuentra en conjunto con una gingivitis localizada es necesario realizar una profilaxis para diferenciarlas clínicamente, ante su persistencia se recomienda una biopsia excisional. **Conclusión:** HGEJL es una lesión no asociada a la presencia de placa con una clínica e histología patognomónica.



6LCO

**QUISTE ÓSEO SOLITARIO DE MANDIBULA, PRESENTACION DE UN CASO CLINICO**Simey Martinez Gonzalez<sup>1</sup>, Mirrelle Leyva Duran<sup>1</sup>, Gerardo Meza García<sup>2</sup><sup>1</sup> Estudiante de odontología de la Universidad Regional del Sureste, Oaxaca.<sup>2</sup> Cirujano Dentista Especializado Adscrito a la Clínica de Especialidades Odontológicas de San Bartolo Coyotepec Oaxaca /Profesor de la Escuela de Odontología de la Universidad Regional del Sureste, Oaxaca.

El quiste óseo simple, solitario ó traumático, se define como una cavidad intraósea vacía, revestida por una delgada membrana fibrovascular que carece de revestimiento epitelial. Es una lesión infrecuente, con una incidencia estimada en 1,2% de los quistes maxilares y en 2% de todos los que aparecen en el resto de huesos del organismo. Se desconoce su etiopatogenia, aunque la mayoría de autores señalan que se relaciona con un hecho traumático precedente. La localización más frecuente es la sínfisis y cuerpo mandibular. **Caso clínico:** Paciente femenino de 22 años que se presenta a la clínica odontológica de la Universidad Regional del Sureste a revisión, ya que refiere dolor en la parte inferior izquierda del maxilar inferior, se le prescriben estudios radiográficos (Tomografía Axial Computarizada y Ortopantomografía) en las cuales presenta una lesión radiolúcida bien definida que abarca desde el canino hasta el tercer molar inferior izquierdo. Al igual que en la TAC se observa el tamaño y desarrollo de la lesión. En su diagnóstico diferencial puede que se trate de Pseudoquiste, Queratoquiste Odontógeno, Granuloma central de células gigantes, Fibroma ameloblástico. Se realizó una biopsia incisional, con la técnica de anestesia dentario inferior, se realizó un colgajo tipo newman y se realiza osteotomía periférica con la pieza de baja y fresa 701. Se separa la lesión de la cavidad y con la pinza de curación se tomaron las partes de la lesión, depositándolas en un frasco en solución de formol. Al final de colocaron 3 puntos simples de sutura con seda negra. Al estudio histológico se observo tejido óseo vital y tejido fibroso adyacente haciendo la correlación clínico-imagenológica-patológica es compatible con un quiste óseo solitario. La paciente se refiere a hospital al área de cirugía maxilofacial para tratamiento definitivo. **Conclusión.** Este pseudoquiste, está asociado a traumatismos o sangrado interóseo en muy pocos pacientes presenta recurrencia.

7LCO

**LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B, TIPO NO CENTRO GERMINATIVO. RELATO DE CASO**Marianna Guadalupe Mireles Gallegos<sup>1</sup>, Víctor Hugo Toral Rizo<sup>2</sup>, Saray Aranda Romo<sup>1</sup><sup>1</sup> Clínica de diagnóstico Facultad de Estomatología Universidad Autónoma de San Luis Potosí<sup>2</sup> Laboratorio de Histopatología y Clínica de Diagnóstico y Archivo de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

**Introducción:** El linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) representa más de 30% de los linfomas No Hodgkin, es la neoplasia maligna hematolinfode más común. Es una neoplasia de células B grandes con tamaño nuclear igual o superior a los núcleos de los macrófagos o bien dos veces mayor que el tamaño de un linfocito, con patrón de crecimiento difuso. **Presentación del caso:** Paciente femenino de 70 años de edad que acude a la clínica de Diagnóstico y Archivo de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. A la exploración intraoral se observa una úlcera asintomática, de forma irregular cubierta por una gruesa capa de fibrina, se extiende desde fondo de saco anterior y continúa por encía de incisivos centrales y laterales hasta región de paladar duro en zona anterior del maxilar superior. Radiográficamente se observa radiolúcidas y discreto aumento del espacio del ligamento periodontal El paciente menciona un tiempo de evolución de 3 a 5 meses. Se realizó biopsia incisional para confirmación del diagnóstico clínico de linfoma, el resultado histopatológico fue linfoma difuso de grandes células, se realizó estudio de inmunohistoquímica (IHQ) con



los marcadores CD20, Ki-67, BCL6, CD10, CD5 y MUM-1, a través de los cuales se clasificó como tipo B, no centro germinativo. **Discusión:** El LDGCB es la neoplasia maligna no epitelial más frecuente en la cavidad oral y representan el tercer grupo más común de lesiones malignas en este sitio. El diagnóstico precoz, la tipificación de la estirpe celular, así como la determinación de origen centro germinativo o no centro germinativo y la estadificación de esta entidad determinan el pronóstico y tratamiento. **Conclusión:** Es importante identificar manifestaciones clínicas y radiográficas relacionadas con este tipo de patología para su diagnóstico precoz. El uso de IHQ es fundamental para establecer el tratamiento y pronóstico.

## 8LCO

**ODONTODISPLASIA REGIONAL MAXILAR. REPORTE DE UN CASO**

Juan Carlos Fuertes Flores, Ana Gabriela González Borja V, Mario Nava Villalba.

División de Ciencias de la Salud, Universidad del Valle de México, Campus Querétaro.

**Introducción:** La Odontodisplasia Regional (OR) es una rara anomalía que afecta el desarrollo de las piezas dentarias. También denominada "diente fantasma" o "detención localizada del desarrollo dentario". Afecta con leve preferencia a mujeres con dentición temporal o permanente, siendo en el maxilar superior donde se presenta con mayor frecuencia. El enfoque terapéutico actual trata de ser conservador, pero se recurre habitualmente a la extracción de piezas dentarias que requieren una rápida rehabilitación con el fin de restituir la función. **Presentación del Caso:** Paciente masculino 8 años de edad. El paciente presenta dentición mixta con ausencia del órgano dental 51 y resto radicular de O.D. 52. Radiográficamente los O.D. afectados se aprecian con una imagen de "diente fantasma", cámaras pulpares bulbosas y de límites indefinidos, conductos radiculares amplios; incluso se ve afectado el hueso alveolar adyacente. El abordaje diagnóstico se realizó por medio de un examen clínico y exámenes imagenológicos (radiografía periapical, ortopantomografía, tomografía computarizada, cone beam -TCCB-), basados en el aspecto clínico-radiológico se emitió un diagnóstico de OR maxilar. El paciente fue abordado quirúrgicamente y rehabilitado protésicamente. El espécimen fue sometido a examen histopatológico el cual confirmó el diagnóstico. **Discusión:** La OR es un anomalía del desarrollo poco común, afecta frecuentemente la región maxilar, nuestro caso coincide con lo reportado. El empleo de la TCCB como apoyo diagnóstico, así como para el abordaje quirúrgico es poco reportado en este tipo de lesiones, nuestro caso muestra la utilidad de dicho auxiliar diagnóstico. También son poco reportados los hallazgos histopatológicos de esta anomalía, debido a la frecuencia por optar por el manejo conservador. En este caso nosotros mostramos los datos histológicos hallados en el espécimen. En nuestro caso se decidió junto con los padres del paciente la eliminación quirúrgica de los dientes afectados, para dar oportunidad en un futuro a la rehabilitación dental con implantes. **Conclusiones:** Se reporta un caso de OR maxilar haciendo énfasis en el empleo de TCCB y los hallazgos histopatológicos observados.



## CATEGORÍA: ESTUDIANTE DE LICENCIATURA

### MODALIDAD: CARTEL

1LCC

#### ADENOMA PLEOMORFO DE PALADAR, PRESENTACION DE UN CASO CLINICO

José Ramón Valle Audelo<sup>1</sup>, Gerardo Meza García<sup>2</sup>, Luis Gabriel Martínez Sánchez<sup>2</sup>, Óscar Luis Sosa<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Cabildo del Municipio de Isla Mujeres, Quintana Roo/ Pasante de odontología de la Universidad Regional del Sureste, Oaxaca.

<sup>2</sup>Cirujano Dentista Especializado Adscrito a la Clínica de Especialidades Odontológicas de San Bartolo Coyotepec Oaxaca /Profesor de la Escuela de Odontología de la Universidad Regional del Sureste, Oaxaca.

<sup>3</sup>Cirujano Dentista Especializado Adscrito a la Clínica de Especialidades Odontológicas de San Bartolo Coyotepec Oaxaca /Profesor de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma "Benito Juárez" de Oaxaca.

**Introducción:** El adenoma Pleomorfo es una neoplasia de las glándulas salivales, representa el 38% de las neoplasias de las glándulas salivales menores. Derivan de una mezcla de elementos ductales y células epiteliales lo que hace que exista una gran diversidad microscópica en el mismo. Clínicamente suele observarse una masa asintomática de lento crecimiento y firme, que puede ir a unos meses o algunos años, habiendo una ligera predilección por el sexo femenino. **Presentación de Caso Clínico:** Paciente femenina de 28 años que acude a la clínica de Especialidades Odontológicas, referida del centro de salud de Santa Cruz Xoxocotlán, por lesión en el límite del paladar duro y blando, se observa tumoración en paladar de 8 años de evolución, es multilobulado, asintomático, de aproximadamente 2 cm, del mismo color que la mucosa adyacente, consistencia firme, de forma ovoide. Se refiere a la especialidad de Prótesis maxilofacial, para la elaboración de un obturador quirúrgico con acetato de 0:80mm rígido. Se realiza biopsia incisional con hoja de bisturí número 12, se realiza el enucleado de la lesión, cortando desde la base de la lesión, se realiza hemostasia con gasas estériles, y posteriormente se cauteriza con Electro-Bisturí. Finalmente se coloca el apósito y el obturador quirúrgico, el tejido se manda a estudio de Patología Bucal. En la microscopia se observa que el espécimen se encuentra formado por masas de células poligonales dispuestos en patrón sólido, con áreas de material hialino y mixoides, en otras se observan pseudoconductos de diversos tamaños. Con lo que se emite el Diagnostico: ADENOMA PLEOMORFO DE PALADAR. Se da su seguimiento a los 10 días, al mes y a los seis meses del procedimiento quirúrgico, observándose una cicatrización adecuada. **Conclusión:** El Adenoma Pleomorfo es una Neoplasia que en algunas ocasiones puede aparecer en cavidad bucal o en paladar, en nuestro caso se recomienda seguimiento a largo plazo.

2LCC

#### CARCINOMA ADENOIDEO QUÍSTICO SÓLIDO EN PISO DE BOCA PRESENTACION DE UN CASO CLINICO

Omar Martínez Enríquez<sup>1</sup>, Karla Victoria Rasgado Ruiz<sup>1</sup>, Gerardo Meza García<sup>1</sup>, Fabián Tafoya Ramírez.

<sup>1</sup>Escuela de Odontología, Universidad Regional del Sureste, Oaxaca

<sup>2</sup>Hospital regional de alta especialidad, Oaxaca.

**Introducción:** El carcinoma adenoideo quístico es un tumor de glándulas salivales con un comportamiento biológico caracterizado por su alta tasa de recurrencias locales y persistente metástasis a distancia de 40-60%. Afecta especialmente glándulas salivales mayores y menores, pero se puede encontrar en el tracto digestivo, glándulas lagrimales, seno, vulva, cérvix, etc. Constituye menos del 1% de los tumores de cabeza y cuello y aproximadamente el 10% de los tumores de glándulas salivales. La mayoría de los pacientes oscilan entre la cuarta y sexta década de vida con predilección mayor por el sexo femenino. Se puede encontrar en tres patrones histológicos: cribiformes, tubulares y sólidos. **Presentación del caso:** Se trata de paciente masculino de 71 años



de edad que se presenta a consulta dental refiriendo tener un grano debajo de la lengua en el lado izquierdo, con un tiempo de evolución de 6 meses aproximadamente y un tamaño de 3 cm que actualmente le dificulta comer. Con diagnóstico diferencial de carcinoma epidermoide se toma biopsia incisional. Al estudio microscópico se observan células que van de poligonales a basaloides con citoplasma, hipercromatismo nuclear, mitosis aberrantes que se disponen en patrón sólido y se distribuye en islas y láminas. Presentan necrosis central tipo “comedo”, el estroma es de tejido conjuntivo fibroso denso bien vascularizado con áreas hialinizadas y se encuentra cubierto por epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado. Se diagnosticó como: Neoplasia maligna con necrosis tipo comedo compatible con carcinoma adenoideo quístico tipo sólido. Para su tratamiento se envió al Hospital Regional de Alta especialidad de Oaxaca para tratamiento oncológico definitivo.

**Discusión y Conclusiones:** El carcinoma adenoideo quístico tipo sólido es una neoplasia maligna de alto grado de recidiva y de alta mortalidad que requiere tratamiento inmediato.

## 3LCC

**DENS IN DENT, REPORTE DE UN CASO CLÍNICO**

**Paloma Serrano Díaz,** Javier De La Fuente Hernández, Fernando Tenorio Rocha, Paola Campos Ibarra.

Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León. Universidad Nacional Autónoma de México.

**Introducción:** El dens invaginatus es una alteración del desarrollo en el que hay una comunicación desde la superficie del diente hacia el tejido pulpar o raíz dental, se presenta mayormente en el incisivo lateral superior y la presencia de bilateralidad no es inusual. Surge a partir de una invaginación de la papila durante el desarrollo dental. Actualmente la clasificación que utilizó Oehlers para el dens invaginatus es la más aceptada. **Caso clínico:** Paciente femenino de 23 años de edad, que a la exploración intraoral presentaba una fístula de 10 años de evolución. Radiográficamente con evidencia de lesión periapical y una invaginación en tercio medio y apical de la raíz que se diagnosticó como necrosis pulpar y periodontitis apical crónica supurada. Tres meses después se realiza cirugía apical por no haber cicatrización y se envía el tejido obtenido a estudio histopatológico, con diagnóstico de granuloma periapical. Se mantiene en observación a la paciente durante 2 años de evolución existiendo reparación total de la lesión. **Discusión:** A causa de la anatomía tortuosa en la superficie lingual es posible el desarrollo de lesiones cariosas sin alguna lesión clínicamente perceptible, con posible afección pulpar. El presente caso corresponde a un dens in dent tipo 3, donde la invaginación penetra a través de la raíz perforando el área apical, mostrando así un segundo foramen en la zona apical o periodontal. **Conclusión:** El tratamiento de los dientes diagnosticados como dens in dent es menos invasivo mientras más oportuno sea su diagnóstico, de tal forma que cuando es necesaria una terapia de conductos será con un pronóstico favorable. Evitando de esta manera tratamientos más radicales como la cirugía apical, apicectomía y obturación retrograda como fue necesario realizar en el presente caso para elevar el pronóstico a largo plazo.



## 4LCC

**LESIÓN BLANCA CRÓNICA EN CARA LATERAL DE LA LENGUA EN UNA MUJER DE 59 AÑOS**

Eugenio Enríquez Quintana\*, Marco Antonio Torres Carmona\*\*

\*Pasante de Odontología, Universidad del Valle de México Campus Querétaro. \*\*Centro de Rehabilitación Integral de Querétaro DIF.

**Introducción:** Existen múltiples lesiones blancas de la mucosa oral cuyo aspecto clínico puede ser similar. Las causas más comunes son traumatismo crónico, reacciones a metales o fármacos, enfermedades autoinmunes, anomalías genéticas del epitelio y cambios premalignos. Con frecuencia se requiere estudio histopatológico para definir diagnóstico y establecer tratamiento. **Presentación del caso:** Paciente femenina de 59 años, sin antecedentes patológicos de importancia. Nunca fumadora. Referida por ardor y lesión blanca con áreas rojas y zonas rugosas en cara lateral derecha de lengua y piso de boca, de aproximadamente 15 años de evolución. El último año, tratada con antimicóticos sin mejoría. Diagnósticos diferenciales: leucoplasia verrucosa proliferativa, liquen plano, reacción liquenoide, displasia liquenoide, leucoplasia, carcinoma epidermoide. Se realizó biopsia incisional. Diagnóstico histopatológico: liquen plano. Se trató tres meses con furoato de mometasona vía tópica, sin cambio en las lesiones. Se refirió a cirugía para tratamiento por posibilidad de cambios displásicos o neoplásicos en áreas no muestreadas. **Discusión:** El liquen plano oral es una enfermedad inflamatoria crónica de etiología autoinmune, con potencial de malignización. En el diagnóstico diferencial deben considerarse otras lesiones blancas benignas, premalignas o malignas, por lo que la biopsia es útil para precisar el diagnóstico. Los esteroides tópicos son una opción de tratamiento generalmente exitosa.

**Conclusión:** En los casos de liquen plano que no respondan a tratamiento, a pesar de ser correctos el medicamento, la dosis y el tiempo, debe considerarse la posibilidad de una afección distinta con patrón histológico similar. En lesiones extensas la biopsia incisional constituye una muestra del tejido afectado, pueden existir áreas distantes con cambios no detectados. Si existe sospecha de displasia o malignidad se debe canalizar para recibir el tratamiento correspondiente y no insistir en el mismo manejo.

## 5LCC

**ESTOMATITIS AFTOSA CRÓNICA, REPORTE DE UN CASO**

Luis Eduardo Rosales Luviano, Carolina Jiménez Méndez, Marco Antonio Torres Carmona.

Universidad del Valle de México Campus Querétaro. Centro de Rehabilitación Integral de Querétaro DIF

**Introducción:** Las aftas constituyen la enfermedad más frecuente de la mucosa oral, afectan al 10-25% de la población, generalmente son autolimitadas y no necesitan tratamiento. Pueden circunscribirse a la mucosa bucal o formar parte de afecciones sistémicas. La biopsia constituye un método que permite el diagnóstico y tratamiento adecuados. **Presentación del caso:** Paciente femenino de 52 años. Referida por lesiones múltiples en mucosa bucal, muy dolorosas, de tres meses de evolución, se realizó biopsia de lengua sin concluir diagnóstico, tratada con antibióticos y medicación tópica sin mejoría. A la exploración, erosiones en mucosa de carrillos, lengua y encía insertada. Múltiples ulceraciones impetiginizadas en piel cabelluda, abdomen y pubis. Refiere erosiones en región vulvovaginal. Se tomó biopsia excisional de vesícula provocada por succión en mucosa labial íntegra. Diagnóstico histopatológico: pénfigo vulgar. **Discusión:** El pénfigo vulgar es una enfermedad



mucocutánea crónica de etiología autoinmune. El curso clínico es grave sin tratamiento adecuado. El 50% de los casos inicia con lesiones vesículo-erosivas en mucosa oral. En todos los casos a lo largo de la evolución se afectarán piel y mucosas. Clínicamente las lesiones se caracterizan por vesículas que se rompen fácilmente y producen erosiones en mucosas y piel. Puede ser difícil de diferenciar de otras causas de aftas y de otras enfermedades vesículo-ampollosas. Con frecuencia existe retraso en el diagnóstico. **Conclusión:** Las aftas crónicas representan un reto diagnóstico para el clínico debido a sus múltiples diagnósticos diferenciales. Toda afta que se prolongue dos o más semanas a pesar del tratamiento adecuado, debe biopsiarse para precisar el diagnóstico. La utilidad de la biopsia dependerá de la elección del sitio adecuado y la técnica para realizarla.

6LCC

### USO DEL PROPIONATO DE CLOBETASOL COMO TRATAMIENTO PARA ESTOMATITIS AFTOSA RECIDIVANTE MENOR

Henry Reyes Oribio, Fabián Ocampo Acosta

Departamento de Patología, Facultad de Odontología. Universidad Autónoma de Baja California.

El 17-Propionato de Clobetasol es un corticoide tópico sintético muy activo, obtenido por doble fluoración en la prednisolona, la cual aumenta la acción antiinflamatoria, produce vasoconstricción evidenciada por palidez local, la misma que contribuye a los efectos antiinflamatorios locales. Además de la acción permisiva sobre las catecolaminas endógenas, el Clobetasol en los procesos inflamatorios inhibe la capacidad de los leucocitos y monocitos macrófagos para elaborar diversas sustancias quimiotácticas así como factores que intervienen en la mayor permeabilidad capilar, vasodilatación, contracción de diversos músculos lisos no vasculares. El Clobetasol aplicado tópicamente produce efectos farmacológicos similares a los observados luego de la administración sistemática de esteroides corticosuprarrenales. Se utilizan comúnmente en dermatosis resistentes y enfermedades autoinmunes de cavidad bucal. **Reporte de caso:** Paciente femenino de 54 años de edad acude a la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Baja California presentando lesiones ulceradas, sintomáticas, siendo la más grande aproximadamente 6mm en mucosa bucal, en el carrillo, parte interna de la comisura de los labios, encía y borde lateral de la lengua que se manifiestan por más de 20 años. Existe remisión y exacerbación de manera repetida en periodos de tres a cuatro semanas. Por la historia y el aspecto clínico, se diagnostica como Estomatitis aftosa recidivante menor. Es una enfermedad inflamatoria crónica de probable origen autoinmune, caracterizada por la aparición de lesiones aftosas en la mucosa bucal. Se recetó Propionato de Clobetasol en ungüento con resultados favorables visibles a 48 horas con disminución de dolor y reducción de tamaño en aftas presentes. Es de suma importancia tomar en cuenta los antecedentes personales de cada paciente para evitar proporcionar diagnósticos y terapia no adecuada.



7LCC

**FENÓMENO DE EXTRAVASACIÓN MUCOSA EN PISO DE BOCA, PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO**

Alejandra Isela Andrade Flores, Nancy Pérez Cornejo, Javier De La Fuente Hernández, Paola Campos Ibarra, Fernando Tenorio Rocha

Escuela Nacional De Estudios Superiores, Unidad León. Universidad Nacional Autónoma de México.

**Introducción.** Ránula es un término usado para mucocelos que se producen en el piso de boca. El término ránula también se ha utilizado para describir otros aumentos de volumen similares en el piso de boca, incluyendo quistes verdaderos de conductos salivales o quistes del desarrollo como el dermoide. Sin embargo, el término mejor usado es el de extravasación mucosa. **Caso clínico.** Se presenta el caso de una niña de 5 años de edad con aumento de volumen difuso en vientre de lengua de forma oval, superficie lisa, eritematoso y consistencia blanda, se descarto la presencia de litos por medio de radiografía convencional y se realizó la marsupialización de la lesión sin evidencia de recurrencia. **Discusión.** El fenómeno de extravasación mucosa suele aparecer como aumento de volumen fluctuante azul en el piso de boca, en ocasiones las lesiones más profundas pueden ser del mismo color de la mucosa adyacente tal como lo el caso que se presenta. Afecta con mayor frecuencia a niños y adultos jóvenes. Tienden a ser más grandes que los mucocelos presentes en otros sitios de la cavidad oral, llegando a ocasionar la desaparición del piso de boca y elevando la lengua, en este caso en particular el aumento de volumen estuvo presente por varios meses con aumento y disminución de tamaño. Generalmente se encuentra lateral a la línea media; característica que auxilia a diferenciarlo del quiste dermoide. Histopatológicamente se observa mucina extravasada provocando la formación de tejido de granulación con la presencia de histiocitos espumosos. El tratamiento es quirúrgico preferiblemente la marsupialización. **Conclusión:** El fenómeno de extravasación mucosa, a pesar de ser una alteración frecuente, el ejercicio diagnóstico diferencial es esencial para poder realizar el mejor tratamiento para el paciente, así mismo, este fue mi primer contacto con una alteración en mis estudios de licenciatura.

8LCC

**FIBROMA OSIFICANTE CENTRAL, PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO**

Ángel David Paulino González, Javier De La Fuente Hernández, Fernando Tenorio Rocha, Paola Campos Ibarra.

Escuela Nacional De Estudios Superiores, Unidad León. Universidad Nacional Autónoma de México.

**Introducción.** El fibroma osificante (FO) es una lesión benigna de crecimiento lento que afecta los maxilares, principalmente en la región posterior de la mandíbula. Se manifiesta con mayor predilección en el género femenino, entre la tercera y cuarta décadas de vida. Radiográficamente, se caracteriza por un área radiolúcida, unilocular, bien definida y delimitada por un halo radiopaco (esclerótico); ocasionalmente puede presentarse como una imagen radiopaca o mixta. El tratamiento es quirúrgico y consiste en la enucleación total de la lesión. **Caso Clínico.** Mujer de 19 años de edad que acude a la consulta por aumento de volumen en la zona del diente 34 se le indica toma de ortopantomografía y radiografías periapicales, confirmando lesión mixta a la cual se realiza tratamiento de conductos y enucleación, confirmando con estudio histopatológico el diagnóstico de fibroma osificante central. **Discusión.** El FO es una alteración benigna, bien delimitada y encapsulada compuesta de tejido fibroso que contiene cantidades variables de material mineralizado, hueso cemento o ambos, presentando una mayor incidencia entre la tercera y cuarta décadas de la vida,



		<p>pudiendo aparecer en edades tempranas. Inicialmente la lesión aparece como una imagen radiolúcida, que se torna progresivamente radiopaca con la mineralización del estroma, eventualmente las áreas radiopacas pueden unirse, cuando la lesión es bastante madura. <b>Conclusiones.</b> El diagnóstico de las lesiones fibro-óseas es complejo y que radiográficamente tiene diversos patrones, sin embargo el con un adecuado estudio histopatológico permite determinar el diagnóstico definitivo.</p>
<p><b>9LCC</b></p>	<p><b>DIENTES INCLUIDOS, IMPACTADOS Y SUPERNUMERARIOS</b>  <b>Ezequiel Alejandro Pérez Ibarra</b>, Suni Madai Benítez Meza, Diana López Briseño.             Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. UNAM. Odontología.</p>	<p>La erupción dentaria es el proceso de migración de la corona dentaria desde su lugar de desarrollo dentro del hueso maxilar hasta su posición funcional en la cavidad bucal; Una vez en oclusión la erupción continúa durante toda la vida. La erupción de los dientes temporales y permanentes se realiza según la secuencia determinada y en intervalos concretos de tiempo. La existencia de un retraso de erupción (normalmente asimétrico) mayor de seis meses, deberá hacernos indagar sobre la existencia de una agenesia o bien de una inclusión dentaria. En la bibliografía se denomina Impactación a la detención de la erupción de un diente producida o bien por una barrera física en el trayecto de la erupción detectable clínica o radiográficamente, o bien por la posición anormal del diente. Un diente Incluido permanece dentro del hueso y por tanto el termino Inclusión engloba los conceptos de retención primaria y de Impactación ósea. Los Dientes Supernumerarios son todos aquellos dientes extras o en exceso presentes en los maxilares, es decir, más de 20 en la dentición temporal y más de 32 en la permanente. De acuerdo con Grover y Lorton, las inclusiones e impactaciones dentarias pueden observarse en cualquier diente permanente y, con menor frecuencia pueden también afectar la dentición temporal. <b>Caso clínico:</b> Se mostrará Caso Clínico en paciente femenino de 22 años de edad la cual a la inspección clínica presenta O.D. 75; al examen radiográfico se visualiza una zona radiopaca amorfa debajo del mismo O.D.</p>
<p><b>10LCC</b></p>	<p><b>TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UN HEMANGIOMA ARTERIOVENOSO SUPERFICIAL</b>  <b>Claudia Valeria Magdaleno Álvarez</b>, Janett Soriano González, Alberto I. González Rodríguez-Arana' Arturo Parra Ortiz, Jorge Bonilla de Julián.             Facultad de Odontología, Universidad Quetzalcóatl en Irapuato.</p>	<p><b>Introducción:</b> Hemangioma es una proliferación benigna de vasos sanguíneos, común en la infancia. Representa un hamartoma o malformación en lugar de una verdadera neoplasia. Existen varios tipos; capilar, juvenil, cavernoso y arteriovenoso; el cual se caracteriza por presentar vasos sanguíneos de paredes gruesas y vasos sanguíneos de paredes delgadas y dilatadas. Presentándose frecuentemente en el sexo femenino. En cavidad bucal comúnmente se localiza en mucosa de labios, lengua y carrillo. <b>Presentación del caso:</b> Paciente femenino de 29 años de edad, sin enfermedades sistémicas, acude a clínica de la facultad de odontología presentando una tumefacción del labio inferior abarcando la piel y mucosa en todo su espesor, de consistencia blanda, superficie ligeramente lobulada y con crecimiento lento y progresivo durante 27 años de evolución, emitiendo diagnóstico clínico de hemangioma cavernoso. Se planeó tratamiento quirúrgico, previa valoración</p>



imagenológica descartándose comunicación con las carótidas. Bajo anestesia general, se realizó la disección de la lesión completa, obteniendo un diagnóstico histopatológico de hemangioma arterio venoso superficial. A las tres semanas de la cirugía se presentó recidiva del lado derecho del labio, y se optó por tratamiento esclerosante administrándose polidocanol diluido al 1% hecho espuma con técnica de Tessari. **Discusión:** El tratamiento del hemangioma depende del tipo, estado, localización, distribución y extensión de la lesión, consiste en su extirpación completa; y se confirmará el diagnóstico mediante un estudio histopatológico. Se ha propuesto utilizar nuevas técnicas como la esclerosante, su finalidad es disminuir el tamaño de la lesión. En este caso se realizaron ambos tratamientos. **Conclusión:** Se presenta un caso de hemangioma arteriovenoso superficial tratado exitosamente con técnica quirúrgica y esclerosante. Es importante considerar todas las formas de diagnóstico y tratamiento con el objetivo de brindar una adecuada atención mejorando así la calidad de vida de los pacientes.

11LCC

**HIPERBILIRRUBINEMIA: PIGMENTACIÓN DENTAL INTRÍNSECA. CASO CLÍNICO**

**Daniel Irie Paniagua Zamora,** José Francisco Raygoza López, Amalia Lizeth García Munguía y Fabián Ocampo Acosta.

Facultad de Odontología, Posgrado odontología pediátrica de Universidad Autónoma de Baja California

La hiperbilirrubinemia se define como un aumento de bilirrubina en sangre, la cual puede ocurrir por diferentes causas (p. ej.: atresia de vías biliares, coledocolitiasis, cáncer vía biliar, hepatitis, cirrosis). La principal característica clínica es ictericia, acolia y coluria, una consecuencia poco común es la pigmentación intrínseca de órganos dentales afectando principalmente la dentición temporal. Se reporta un caso de hiperbilirrubinemia por atresia de vías biliares causando pigmentación en dentición temporal y permanente. **Caso clínico:** Paciente femenino de 9 años de edad acude al Centro universitario de posgrado e investigación a la clínica de la especialidad de odontología pediátrica, acompañada de su madre la cual lleva a la menor para una revisión dental; a la exploración intraoral se observa pigmentación intrínseca verde en todos los órganos dentarios. Antecedentes patológicos: Al interrogatorio menciona la madre que al cumplir la paciente un año y medio de vida presento ictericia generalizada. En sus servicios medico hicieron pruebas bilirrubina directa elevada, fosfatasa alcalina elevada, CEPRE (colangiografía endoscópica pancreática retrograda) y se le diagnosticó atresia de vías biliares, el tratamiento indicado fue trasplante de hígado con evolución favorable. Se realizaron extracciones de órganos dentario 55, 54 y 53, para complementar el diagnóstico se remitieron a estudio histopatológico. Al microscopio se observan los túbulos dentinarios de diámetro normal, conteniendo un material eosinófilo, homogéneo y distribuido en la mayor parte de la dentina que conforma el órgano dentario. Se emitió un diagnóstico de pigmentación dental por hiperbilirrubinemia. **Conclusión:** La pigmentación dental por hiperbilirrubinemia es una alteración poco frecuente, para obtener el diagnóstico de esta es necesario, anamnesis, exploración intraoral y se puede apoyar del estudio histopatológico.



12LCC

**HIPERPLASIA GINGIVAL IDIOPÁTICA, PRESENTACIÓN DE UN CASO**

**Sthepany Sarai González Hernández\***, Diana Díaz Cuahutencos\*, Javier Cahuantzi Saldaña\*, Bernardo Cruz Legorreta\*\*, Aurora Lucero Reyes\*\*, Elvia Ortíz Ortíz\*\*, Patricia Limón Huitrón\*\*, Rosario Lechuga Rojas\*\*

\*Alumnos de Licenciatura de la Facultad de Odontología, I\*\*Docentes de la Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Tlaxcala, Tlaxcala.

**Introducción:** La lesión más prevalente en cavidad oral es el agrandamiento firme y lobulado de las encías, conocida como hiperplasia gingival, cuya prevalencia es de hasta el 74%<sup>1</sup>. Constituida por la proliferación de fibroblastos bien diferenciados que carecen de potencial maligno; hay depósito de matriz extracelular amorfa e infiltrado inflamatorio mononuclear<sup>1</sup>. La etiología es multifactorial y los factores de riesgo incluyen la mala higiene bucal, así como irritación física de la encía por los aparatos de ortodoncia y de restauración inadecuadas. **Caso Clínico:** Paciente masculino de 13 años de edad que presenta aumento de volumen a nivel de encía libre y marginal superior e inferior con 1 año de evolución, antecedentes heredo familiares y patológicos negativos, se le solicitan estudios de laboratorio: Biometría Hemática y Química Sanguínea que no presentan alguna alteración. Se le realiza biopsia incisional, en el estudio histopatológico se observa solo tejido fibroso. **Discusión:** Los agrandamientos idiopáticos son poco frecuentes, generalmente se asocian a un gen autosómico dominante sin embargo se han observado casos de autosómico recesivo; aparece en las primeras décadas de la vida, sin predilección por raza y sexo, suelen ser densos y fibrosos, con escasa alteración inflamatoria. En ocasiones se presentan pacientes con antecedentes hereditarios, deficiencia nutricional y estimulación hormonal sistémica; los agrandamientos pueden aparecer acompañados de hipertricosis, epilepsia, deformidades craneofaciales, tumores de tejidos blandos, agrandamientos de huesos faciales y retraso mental, o forman parte de Síndromes como: Síndrome de Simmermand, Laband, Cross, Rutherford, Murray-Puretic-Drescher, Cowden, Klippel-Trenaunay-Weber. **Conclusión:** En este caso por la edad se podría considerar que por la estimulación hormonal ha presentado este trastorno, se requiere de tratamiento periodontal y seguimiento a largo plazo de estos pacientes, para observar si presenta recidiva.

13LCC

**LESIÓN CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES: REPORTE DE UN CASO**

**Jessica Lana Ojeda<sup>1</sup>**, Beatriz Catalina Aldape Barrios<sup>2</sup>, Luis Alberto Montoya Pérez<sup>3</sup>.

Universidad Autónoma de Yucatán<sup>1</sup>, Departamento de Patología Bucal, Universidad Autónoma de México<sup>2</sup> Departamento de Cirugía Maxilofacial, Hospital Juárez de México<sup>3</sup>.

**Introducción:** La lesión central de células gigantes (LCCG) es definida por la OMS como una lesión osteolítica localizada benigna, algunas veces agresiva que consiste en la proliferación de tejido fibroso con áreas hemorrágicas y depósitos de hemosiderina, presencia de células gigantes parecidas a osteoclastos y formación ósea reactiva. De etiología controversial, poco común, más frecuente en mujeres jóvenes, en área premolar y molar de la mandíbula. El tratamiento puede ser quirúrgico, no quirúrgico o combinado. **Caso clínico:** Paciente femenino de 19 años de edad, acudió a consulta por presentar aumento de volumen en el tercio medio e inferior facial del lado izquierdo con 3 meses de evolución, antecedentes de dolor y movilidad dental. En la ortopantomografía se describió una zona radiolúcida unilocular desde la rama ascendente mandibular hasta la pieza dental 34, con desplazamiento dental hacia la línea media. Se realizó biopsia incisional, dándose el diagnóstico de LCCG. Se solicitaron pruebas con niveles normales de calcio, fosfatasa alcalina y



paratohormona, lo que descartó la posibilidad de Tumor Pardo Del Hiperparatiroidismo. Se procedió al curetaje, ostectomía periférica y exodoncia de las piezas dentales involucradas. **Discusión:** En el presente caso, a pesar del alto grado de agresividad, se optó por el curetaje y ostectomía periférica debido a la corta edad de la paciente. El tratamiento no quirúrgico parece una alternativa indicada para controlar lesiones agresivas. Este hubiera sido el tratamiento ideal, pero debido a las características socioeconómicas de la paciente no pudo llevarse a cabo. **Conclusiones:** la LCCG es una lesión intraósea benigna que puede ser agresiva y puede confundirse con el TPDH, por lo que es importante solicitar pruebas de niveles de paratohormona, fosfatasa alcalina, fósforo y calcio. Existen múltiples formas de tratamiento, sin embargo la elección del mismo dependerá de las características y posibilidades del paciente.

14LCC

### CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE PALADAR. REPORTE DE UN CASO.

Irving Nurriel Pulido Esquivel, Mario Nava Villalba.

División de Ciencias de la Salud, Universidad del Valle de México, Campus Querétaro

**Introducción.** Las neoplasias malignas de glándulas salivales ocupan menos del 5% de cánceres en la región oral, de ellas una gran proporción se presenta en las glándulas salivales mayores y solo alrededor del 10% se presenta en glándulas salivales menores. El diagnóstico oportuno es el factor pronóstico más importante en este tipo de neoplasias, pues entre mayor es el tamaño del tumor al momento del diagnóstico, menor será la supervivencia del individuo afectado. **Presentación del Caso:** Femenino de 59 años de edad. Presenta un aumento de volumen en región palatina de lado derecho, asintomático de varios meses de evolución, fue observada por primera vez (3 meses atrás) durante una endoscopia para descartar esófago de Barrett (por reflujo gastroesofágico persistente), la lesión fue tratada con antibioterapia (cefalexina 500 mg/3/7 días) por sospecha de origen infeccioso, sin remisión. También fue drenada por facultativo obteniendo un material líquido de aspecto seroso, dicho procedimiento fue realizado nuevamente en el hogar por el cónyuge obteniendo material de características semejantes. Radiográficamente no hay evidencia de destrucción ósea y la palpación de ganglios fue negativa. Se tomó una biopsia incisional por sacabocado y el espécimen solo mostró glándulas salivales menores de tipo mucoso, la alta sospecha de tratarse de un proceso neoplásico motivo a una segunda obtención de biopsia en la cual se evidenció la presencia de acinos neoplásicos consistentes con células intermedias y mucosecretoras emitiendo el diagnóstico de carcinoma mucoepidermoide de paladar. La paciente fue remitida para tratamiento oncológico a centro hospitalario de 3er nivel y actualmente se encuentra libre de enfermedad. **Discusión:** El primer diagnóstico histopatológico no fue consistente con la sospecha clínica inicial de neoplasia maligna de glándulas salivales, ante este panorama se plantearon dos opciones: solicitar estudios imagenológicos como RMN o TAC contrastada para evaluar los límites y características de la lesión, o realizar una segunda toma de biopsia, pero en ambos casos las características clínicas determinaron el proceso diagnóstico. **Conclusiones:** Se reporta un caso de carcinoma



mucoepidermoide haciendo énfasis en el proceso diagnóstico y los hallazgos histopatológicos observados.

15LCC

**PENFIGOIDE DE LAS MEMBRANAS MUCOSAS, PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO.**

**Edgar Jonathan Sánchez Barajas**, Nancy Pérez Cornejo, Javier De La Fuente Hernández, Paola Campos Ibarra, Fernando Tenorio Rocha.

Escuela Nacional De Estudios Superiores, Unidad León, Universidad Autónoma de México.

**Introducción.** El penfigoide de membranas mucosas (PMM) pertenece a un heterogéneo grupo de enfermedades autoinmunes, vesículo-ulcerativas, que afecta mucosas con o sin compromiso de la piel. **Caso clínico.** Se presenta el caso de un hombre de 79 años de edad, hipertenso que muestra áreas erosivas dolorosas y placas blancas en diversos sitios de la cavidad bucal. Se realizó biopsia incisional donde el estudio histopatológico fue de penfigoide de las membranas mucosas, se prescribió esteroide tópico con remisión de las lesiones. **Discusión.** Esta alteración es frecuente en adultos a partir de la 4ª década de vida y predilección por género femenino, en el caso que se presenta corresponde a un paciente de género masculino. Clínicamente se caracteriza por la aparición de vesículas y ampollas que se ubican debajo de la zona basal del epitelio. En la mucosa bucal parecen frecuentemente en encía, la biopsia de la mucosa aparentemente sana permite observar una división entre la superficie del epitelio y el tejido conectivo subyacente en la región de la membrana basal, además de infiltrado inflamatorio crónico presente en la submucosa superficial. Estudios de inmunofluorescencia directa de la mucosa lesionada muestran una banda lineal continua de reactivos inmunológicos en la zona de la membrana basal en casi el 90% de los pacientes afectados. Los depósitos de inmunoglobulinas consisten principalmente de IgG y C3,IgA y IgM, en el caso que se presenta el diagnóstico se basó en los hallazgos clínicos e histopatológicos. El tratamiento de elección son esteroides tópicos, soluciones anestésicas, antihistamínicos y la interconsulta con medicina interna y dermatología cuando aparecen lesiones fuera de cavidad bucal, en nuestro caso, no tuvo lesiones asociadas en otro sitio del cuerpo.

16LCC

**GRANULOMA DE CUERPO EXTRAÑO INDUCIDO POR LA APLICACIÓN DE UN MATERIAL DE RELLENO COSMÉTICO EN LA REGIÓN OROFACIAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

**Roberto González López**, Estela De la Rosa García, Luis Octavio Sánchez Vargas, Francisco J. Tejeda Nava, Saray Aranda Romo.

Clínica de Diagnóstico y Laboratorio de Microbiología y Patología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí

**Introducción:** El uso indiscriminado de materiales de relleno con fines cosméticos en la región facial y mucosa bucal especialmente los labios y carrillos pueden generar complicaciones inflamatorias y granulomas. **Presentación del caso:** Mujer de 67 años que asiste a la clínica de diagnóstico de la UASLP por la presencia de un aumento de volumen en la región geniana, asintomática de 9 años de evolución. La lesión fue tratada anteriormente con diversos tipos de antiinflamatorios y antibióticos con periodos de remisión y reactivación. Así mismo fue sometida en múltiples ocasiones a la toma de biopsias incisionales sin llegar a un diagnóstico concluyente. Durante dos años se le realizaron exodoncias para eliminar posible factor dental traumático y endodóntico. En la exploración física extraoral se identificó un aumento de volumen mal circunscrito de forma ovoide, del mismo color de la piel, de superficie lisa, aproximadamente de 4cm de diámetro x 3cm de ancho, consistencia firme al tacto, localizada en la región geniana. Se realiza biopsia, el reporte histológico (H&E) mostró



tejido fibroconectivo difusamente infiltrado con áreas de histocitos y células de inflamatorias de tipo linfoplasmocitario, abundantes espacios de aspecto redondas, ovoides de diferentes tamaños. Diagnóstico: compatible con granulomas por material extraño. Después del diagnóstico la paciente admitió haberse aplicado material de relleno para el aumento de tejidos blandos. Se remitió al cirujano plástico y se perdió contacto con la paciente. **Discusión:** son numerosos los materiales que son infiltrados en la región facial con fines cosméticos produciendo deformidades faciales así como la fibrosis, granulomas y otras reacciones alérgicas. **Conclusión:** Los rellenos cosméticos cada vez son más utilizados, ocasionando reacciones secundarias como son los granulomas a cuerpo extraño, el odontólogo de práctica general investigue más en la anamnesis sobre esta práctica identificarlo y referir paciente a su diagnóstico final con biopsia.

17LCC

### DISPLASIA ÓSEA FLORIDA, PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Víctor Manuel García Paulín, Elvira Jazmín Esquivel Juárez, Susana Sánchez Aguilar.

Clínica de diagnóstico de la Escuela de Odontología en la Universidad Cuauhtémoc Plantel Querétaro.

**Introducción:** la displasia ósea florida (DOF) es una lesión fibrocementoósea, benigna, no común, que provoca cambios en el hueso normal, pues se reemplaza por tejido fibroso que contiene tejido óseo y/o formaciones globulares de tejido que semeja al cemento radicular o francas masas escleróticas que tienden a fusionarse. Se localiza de forma diseminada y asociada a los ápices dentales, casi siempre son bilaterales aunque puede afectar los cuatro cuadrantes. **Presentación del caso:** se describe dos casos de DOF detectados en mujeres que están en la cuarta década de la vida, el diagnóstico se basó en los hallazgos clínicos y radiológicos, ya que son pacientes asintomáticas. **Discusión:** Debido a que el tejido es casi avascular las pacientes son menos capaces de enfrentar una infección transitoria y corren el riesgo de padecer osteomielitis. Por ello, el sumo cuidado en la rehabilitación protésica, no obstante algunos autores contraindican las prótesis muco-soportadas al provocar resorción del hueso normal suprayacente. Sin dejar de lado, que puede formarse algún quiste óseo simple. **Conclusiones:** Las lesiones fibrocementoósneas presentan muchas similitudes, resultando imprescindible el analizar toda la información que se recaudó para obtener un diagnóstico definitivo y plantear un tratamiento acertado. Los pacientes que presenten DOF deben mantener de por vida un seguimiento clínico-radiológico monitoreando la lesión y salvaguardar una excelente higiene oral, garantizando la eliminación de cualquier estímulo inflamatorio que predisponga a una infección odontogénica.



## 18LCC

**ANGIOSARCOMA GIGANTE DEL MAXILAR**

Polet Ibarra-Virgen<sup>1</sup>, Miriam Oliveros-Ruiz<sup>2</sup>, Ana Ma. Cano-Valdés<sup>3</sup>, Remedios Sánchez-Díaz<sup>4</sup>, París Mier-Maldonado<sup>5</sup>, Francisco Torralva-Sandoval<sup>5</sup>, Edgar R. Méndez-Sánchez<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Estudiante de Odontología, CISALUD, UABC, Valle de las Palmas<sup>2</sup>, Facultad de Odontología, UNAM, <sup>3</sup> Depto. Patología, INCan México, <sup>4</sup> Lab. de Microbiología, CISALUD, UABC, Valle de las Palmas<sup>5</sup> Lab. de Patología, CISALUD, UABC, Valle de las Palmas

**Introducción.** En general, los sarcomas de tejidos blandos son poco comunes en la región de cabeza y el cuello, sobre todo aquellos en edad adulta, siendo el sitio más común la piel cabelluda; en cavidad oral, el angiosarcoma primario es extremadamente raro. Tiene una ligera predilección por mujeres y se manifiesta frecuentemente como masas sangrantes en la mucosa, en las que puede haber sintomatología. **Presentación del Caso.** Se informa el caso de una mujer de 33 años, originaria del Edo. de Veracruz, que muestra a la exploración clínica neoformación ulcerada, de casi 10 cm de eje mayor, localizada en tercio anterior de maxilar y con extensión a fosa nasal, complicando ventilación normal. Las características histológicas revelaron una neoplasia pleomórfica y células agrupadas en papilas e islas, algunas en forma de huso o poligonales, con un fondo marcadamente hemorrágico. Las células tumorales mostraron una expresión de marcadores endoteliales vasculares, CD31, CD34 y factor VIII. Hasta el día de la elaboración de este reporte no hay evidencia de recidiva y/o metástasis. **Discusión y Conclusiones.** A pesar de la infrecuente presentación de sarcomas, angiosarcomas particularmente, en la región de cabeza y cuello durante la edad adulta, no se deben excluir de los diagnósticos diferenciales de las neoplasias orales. El tratamiento es un punto a considerar, pues siendo la cirugía la terapia de elección, deja claro que entre más temprano se realice el diagnóstico más favorable y “fácil” resulta la rehabilitación protésica. Las secuelas del tratamiento son variadas y es inevitable su complicación en lesiones extensas; por ejemplo, apertura bucal disminuida, cicatriz por abordaje quirúrgico, colapso de labios, desviación de comisura labial, hundimiento de hemicara y bolsa palpebral. Además de las obvias pérdidas dentales y cambios en la conformación del paladar o mandíbula.

## 19LCC

**NEOPLASIA BENIGNA FUSOCELULAR EN RAMA ASCENDENTE DE MANDIBULA. RELATO DE UN CASO**

María de la Paz Ledesma Sánchez, Jalil López Ramírez, Mario Nava Villalba.

División de Ciencias de la Salud, Universidad del Valle de México, Campus Querétaro.

**Introducción.** Los patrones histológicos fusocelulares pueden ser de diversos orígenes (neural, fibroblástico, ectomesenquimatoso e incluso epitelial, por mencionar algunos) su diagnóstico se encuentra basado en la correlación clínico-radio-patológica y en casos de difícil diagnóstico la inmunohistoquímica puede ser determinante para su clasificación. **Presentación del Caso:** Masculino de 13 años de edad, presenta lesión radiolúcida multilocular en rama ascendente mandibular del lado izquierdo, asociada a germen dental de tercer molar, bien delimitada y localizada principalmente en el borde anterior. Considerando su comportamiento benigno se realiza extirpación quirúrgica hallándose en el transoperatorio una lesión firme no enucleable, por lo tanto se realiza curetaje y eliminación del germen asociado. Histopatológicamente se encuentra formado por una proliferación no encapsulada de tejido conjuntivo fibroso laxo e hiper celular, con un patrón bifásico en algunas zonas. Hacia la periferia de algunos fragmentos se observan células gigantes multinucleadas de aspecto reactivo y zonas de hueso residual reabsorbido, así como epitelio odontogénico de aspecto folicular. Se emite un diagnóstico consistente con miofibroma intraóseo a descartar



## 20LCC

**QUISTE ODONTOGÉNICO GLANDULAR. REPORTE DE UN CASO.**Diego Hernández Mendoza<sup>1</sup>, Israel Flores Clemente<sup>2</sup>, Mario Nava Villalba<sup>1</sup>

<sup>1</sup> División de Ciencias de la Salud, Universidad del Valle de México, Campus Querétaro. <sup>2</sup> Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud, Unidad Milpa Alta, IPN.

mixoma odontogénico por inmunohistoquímica. **Discusión:** El miofibroma presenta habitualmente un patrón hemangiopericitoide el cual se encuentra ausente en este caso, por el otro lado el mixoma odontogénico puede presentar islas epiteliales odontogénicas así como un estroma mixoide con áreas laxas, características que también faltan en este caso, además de que no son tan hipercelulares. El empleo de inmunohistoquímica incluyendo los siguientes marcadores:  $\alpha$ SMA, AE1/AE3, S-100 y Vimentina podrían ayudar a confirmar el diagnóstico emitido o en todo caso reconsiderarlo. **Conclusiones:** Se reporta un caso de neoplasia fusocelular haciendo énfasis en los hallazgos histopatológicos observados y se discuten los diagnósticos diferenciales clínicos e histopatológicos.

**Introducción:** Los quistes odontogénicos es un grupo diverso de lesiones dentro de la Patología Oral, tanto en sus características clínicas, comportamiento biológico, así como en su origen. En este sentido el quiste odontogénico glandular (QOG) es uno de los quistes de comportamiento más agresivo y su diagnóstico es indispensable para tomar las medidas necesarias en el tratamiento y prevención de recurrencia en los pacientes afectados por esta entidad. **Presentación del Caso:** Masculino de 38 años de edad. Presenta el seno maxilar izquierdo ocupado por lesión radiolúcida involucrando órgano dentario 25 en piso de seno maxilar y diente supernumerario en el tercio superior próximo a techo, expande corticales lo que provoca un aumento de volumen en región vestibular de maxilar. Inicia padecimiento hace cinco meses con ligera sintomatología dolorosa, por lo que acude a facultativo donde inicia tratamiento médico (antibiótico y analgésico sin especificar) desarrollando aumento de volumen en misma región, al igual que dolor punzante. Se realiza enucleación y curetaje bajo anestesia general, observando durante el transoperatorio pérdida de pared lateral de seno maxilar (3 cm. aprox.) al igual que íntima relación de tejido de lesión con membrana de seno de maxilar, la cual al momento de retirar se desprendió junto con la misma, quedando paredes de seno maxilar sin membrana. Las características histopatológicas incluyen espesamientos del revestimiento epitelial, células mucosecretoras (PAS positivas) y epitelio pseudoestratificado en algunas porciones ciliado. Con la correlación clínico-radio-patológica se emite diagnóstico de QOG, el paciente se encuentra libre de lesión y bajo seguimiento radiográfico. **Discusión:** El QOG puede ser localmente invasivo y presentar recurrencias, por ello la determinación de su diagnóstico es indispensable para el posterior manejo postoperatorio. En la histopatología sus características pueden ser diversas y no hay un mínimo de parámetros para poder clasificarlo, por lo que comúnmente su diagnóstico debe basarse en una correlación clínico-radio-patológica. **Conclusiones:** Se reporta un caso de QOG haciendo énfasis en el proceso diagnóstico y los hallazgos histopatológicos observados.



21LCC

**FIBROLIPOMA EN BORDE LATERAL DE LA LENGUA**

Cynthia Janneth García Hernández<sup>1</sup>, Eduardo Chávez Yáñez<sup>2</sup>, Estela de la Rosa García<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Licenciatura en Estomatología, UAM-Xochimilco.

<sup>2</sup> Licenciatura en Estomatología, UAM- Xochimilco.

<sup>3</sup> Especialización y Maestría en Patología y Medicina Bucal, UAM-Xochimilco.

**Introducción.** El fibrolipoma es una neoplasia benigna asintomática mesenquimatosa, compuesta por tejido fibroso y adiposo. Su tratamiento es la escisión quirúrgica y raramente recidivan. **Presentación del caso.** Mujer de 61 años de edad que acudió a la consulta externa de la clínica Estomatológica de Tláhuac de la UAM-Xoch, solicitando tratamiento de una lesión localizada en el borde lateral izquierdo de la lengua. La paciente refirió que la lesión tenía aproximadamente 3 años de evolución y era asintomática. Negó antecedentes sistémicos de importancia relacionados al padecimiento actual. Intrabucalmente se observó un aumento de volumen lobulado, con superficie granular, de color similar al de la mucosa adyacente, base pediculada y dimensiones de 1.5x1.2x5 cm, localizado en el borde lateral de la lengua. Entre los diagnósticos diferenciales se consideró a: hiperplasia fibrosa, neurofibroma, hamartoma, lipoma. Los exámenes preoperatorios fueron normales, excepto glucosa de ayuno 138 mg/dl. Previa asepsia y antisepsia, se realizó la escisión completa de la lesión. El tejido se envió para su estudio histopatológico al laboratorio de histopatología del posgrado de Patología y Medicina bucal de la UAM-X. El reporte histológico (H&E) reportó una lesión mesenquimatosa conformada por la proliferación de lóbulos de tejido adiposo maduro entremezclados con septos de tejido fibroconectivo colagenizado, cubierta por epitelio escamoso estratificado atrófico. Con diagnóstico de Fibrolipoma. No hubo complicaciones post-quirúrgicas.

**Discusión.** El fibrolipoma es una lesión mesenquimatosa que ocurre en 20% en la región de cabeza y cuello y representa de 1 a 5 % de todos los tumores benignos de tejidos blandos de la cavidad bucal. Histológicamente se clasifican en: lipoma simple, fibrolipoma, angio-lipomalipoma, de células fusiformes, pleomórfico, mixoide, sialolipoma e intramuscular. **Conclusiones.** Debido a la variedad de diagnósticos diferenciales clínicos de los aumentos de volumen mesenquimatosos de nueva aparición, es necesario realizar el estudio histológico para su diagnóstico final.



## CATEGORÍA: ESTUDIANTE DE POSGRADO

### MODALIDAD: PRESENTACIÓN ORAL

#### 1PCO

##### ENFERMEDAD MANO, PIE y BOCA REPORTE DE UN CASO

Clarissa I. Martínez Escobar<sup>1</sup>, Claudia Butrón Téllez Girón<sup>2</sup>, Miguel Ángel Rosales Berber<sup>2</sup>, Francisco J. Tejeda Nava<sup>2</sup>, María del Socorro Ruíz Rodríguez<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Residente del Posgrado en Estomatología Pediátrica UASLP, <sup>2</sup> Catedrático del Posgrado en Estomatología Pediátrica de UASLP.

La enfermedad mano pie boca (EMPB) es generalmente una enfermedad exantemática febril, la cual muestra una mayor prevalencia en niños menores de 10 años. Las manifestaciones clínicas son pápulas y úlceras en la superficie palmar y plantar, en la mucosa bucal y otros sitios. Las lesiones cutáneas y mucosas usualmente proporcionan datos para un diagnóstico precoz. **Caso clínico:** Paciente masculino de 2 años 11 meses, sin antecedentes personales patológicos ni heredofamiliares. Acude con el médico pediatra manifestándole ataque al estado general y dolor bucal, el cual diagnosticó como una infección de vías respiratorias superiores, tratándolo con antibióticos, antivirales y antiinflamatorios. Al no observarse mejoría, acude a consulta al Posgrado en Estomatología Pediátrica. A la exploración clínica se observan lesiones ulcerativas en piso de boca, fondo de saco, lengua, manos y pies. Se indicó continuar con antiinflamatorio sistémico, suspender tratamiento con antivirales, realizar colutorios con bencidamina sin diluir media hora antes de los alimentos. A la semana siguiente, las lesiones de boca, manos y pies se encontraban en vías de resolución. A los quince días, la madre refiere que ya no tiene ninguna molestia. **Discusión:** El diagnóstico clínico de la EMPB muchas veces es complicado, pero con la ruta diagnóstica adecuada se obtienen mejores beneficios. Las lesiones ulcerativas de esta entidad se resuelven espontáneamente de 7 a 10 días; por tal, el tratamiento es únicamente sintomático. Sin embargo hay informes de complicaciones graves como neumonía y meningitis aséptica. **Conclusión:** El odontopediatra tiene un papel importante en el diagnóstico y tratamiento de ésta enfermedad, pues la observación de la cavidad bucal minuciosa y la correlación con los demás signos y síntomas, permiten ofrecer al paciente beneficios vitales como es el comer.

#### 2PCO

##### HISTOPLASMOSIS CUTANEA SECUNDARIA EN LABIO: PRESENTACIÓN DE UN CASO INUSUAL.

Rocío Leticia De Anda Licea<sup>1</sup>, Alexandro Bonifaz<sup>2</sup>, Judith Berenice Macías Jiménez<sup>3</sup>, Javier Portilla Robertson.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>R2 de la Especialidad Patología Bucal de la DEPeI de la UNAM.

<sup>2</sup>Jefe del departamento de Micología del servicio de Dermatología de Hospital General "Eduardo Liceaga"

<sup>3</sup>Adscrita a la Clínica de Patología Bucal del servicio de Dermatología del Hospital General "Eduardo Liceaga"

**Introducción:** Es una micosis profunda o sistémica causada por un hongo dimórfico denominado *Histoplasma capsulatum*, que afecta el sistema retículo endotelial. **Presentación del caso clínico:** Paciente masculino de 21 años de edad que presenta una probable salmonelosis. Presenta una dermatosis localizada a bermellón del labio inferior constituida por una placa de 3x2 cm y superficie serohemática, dolorosa y de un mes de evolución; diagnóstico clínico presuntivo: herpes labial. De acuerdo a los datos clínicos se deciden hacer exámenes clínicos e inmunológicos, imagenológicos, biopsia, examen directo y cultivo. Llegando a los diagnósticos finales de VIH/SIDA, neumocistosis, histoplasmosis cutánea secundaria. **Discusión:** El paciente reúne las condiciones para el desarrollo del hongo y la presentación cutánea- mucosa en una sola placa es poco frecuente y lo que llama la atención es que no se contemplaba la



<sup>4</sup>Coordinador de la Especialidad de Patología Bucal de la DEPel de la UNAM.

histoplasmosis ni como diagnóstico diferencial. **Conclusiones:** La histoplasmosis cutánea es una entidad extraordinariamente rara (0.5%). *Histoplasma capsulatum* tiene poca afinidad hacia el tegumento. Los casos que no involucionan son de pacientes inmunodeprimidos en especial con SIDA. Esta se presenta posterior al cuadro respiratorio primario que se detecta en muy pocas ocasiones. La incidencia y prevalencia son difíciles de determinar debido a que en los países que se presenta no es obligatorio su reporte.

### 3PCO

#### NÓDULOS LINGUALES COMO SIGNO ÚNICO DE SECUNDARISMO SIFILÍTICO: CUANDO LA SEROLOGÍA NO ES SUFICIENTE.

Lizet Monserrat Castillo Real<sup>1</sup>, Gabriela Anaya-Saavedra<sup>1</sup>, Velia Ramírez-Amador<sup>1</sup>, Ana María Cano Valdez<sup>2</sup>, Brenda Crabtree-Ramírez<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Especialización y Maestría en Patología y Medicina Bucal, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, <sup>2</sup>Departamento de Patología, Instituto Nacional de Cancerología (INCan), <sup>3</sup>Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

**Introducción:** El amplio espectro clínico del secundarismo sifilítico bucal en pacientes con VIH/SIDA lo han colocado como “el gran imitador”. En ellos, el curso clínico de la infección por sífilis es más agresivo y con mayor riesgo de invasión a Sistema nervioso central. **Presentación del caso:** Masculino de 39 años, diagnosticado con VIH/SIDA en agosto del 2012, tratado con emitricitabina, tenofovir y efavirenz (CD4<sup>+</sup>:570 cel/mm<sup>3</sup> y CV<40 copias/ml). Se presentó a consulta por presencia de nódulos linguales, de cuatro meses de evolución, asintomáticos. A la exploración bucal se observaron tres nódulos en dorso lingual, bien circunscritos, firmes, de color similar a la mucosa adyacente. Los diagnósticos diferenciales incluyeron amiloidosis, tumor de células granulares, tumor de vaina nerviosa y secundarismo sifilítico. El examen histopatológico reveló un intenso infiltrado inflamatorio predominantemente plasmocitario, de patrón difuso y disposición subepitelial y perivascular, con endarteritis obliterante; el epitelio de cubierta mostraba hiperplasia pseudoepiteliomatosa y patrón psoriasiforme. Los hallazgos fueron sugestivos de secundarismo sifilítico. La tinción de Warthin-Starry y la inmunohistoquímica (anticuerpo anti-treponema) resultaron positivas. La serología (VDRL y FTA-ABs) fue negativa. En la visita de control (8 días post-biopsia), el paciente presentó parches mucosos en orofaringe y pilares anteriores amigdalinos. Se le indicó Penicilina G Benzatinica (1.2 millones UI/v.IM/6d); dos semanas después se observó remisión total de las lesiones bucales. **Discusión:** Los pacientes coinfectados con VIH/SIDA y sífilis pueden presentar reacciones serológicas atípicas (falsos negativos), asociadas al fenómeno de prozona (no visualización de la aglutinación, por exceso de antígenos que interfiere con formación de complejos antígeno-anticuerpo) o por una respuesta inmune deteriorada. **Conclusiones:** Las características clínicas, el estudio histopatológico, las tinciones especiales, inmunohistoquímica y el seguimiento cercano son herramientas indispensables para establecer el diagnóstico definitivo.



## 4PCO

**CITOMEGALOVIRUS ORAL EN PACIENTE CON TIMOMA AB:  
IMPORTANCIA EN EL DIAGNÓSTICO**José Gustavo Cadena González<sup>1</sup>, Ana María Cano Valdez<sup>2</sup><sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de México.; <sup>2</sup>Instituto Nacional de Cancerología

**Introducción:** El Citomegalovirus (CMV) es un virus de doble cadena ADN de la familia Herpesviridae. Las manifestaciones orales por infección de CMV se presentan principalmente en pacientes con VIH o inmunocomprometidos. Debido a las características clínicas similares a otras entidades, es importante establecer su diagnóstico preciso para ofrecer un tratamiento adecuado. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 39 años con tumor mediastinal diagnosticado como Timoma AB que inició dos años previos con múltiples lesiones ulcerativas dolorosas en mucosa bucal, carrillos, encías y lengua. Se sospechó inicialmente de pénfigo paraneoplásico, seguido por síndrome de Behcet e infección por Cándida. Recibió múltiples esquemas de antibioticoterapia sin resultado. Por último se tomó biopsia de la lesión labial en la cual se observó una lesión ulcerada con reacción reparadora. Las células endoteliales capilares mostraban aumento de tamaño nuclear y ocasionales inclusiones. Se realizó inmunohistoquímica para CMV, la cual resultó positiva en las células endoteliales. **Discusión:** La infección por CMV en la mayoría de los casos se presenta en neonatos o durante la infancia y se estima que en una media de edad, el 40% de la población hayan estado expuestos. En individuos con un sistema inmunitario sin alteraciones pueden o no presentarse manifestaciones en un primer contacto y se crea una memoria inmune. Un segundo contacto puede ser subclínico a menos que el paciente presente inmunosupresión. Su manifestación en pacientes oncológicos requiere un diagnóstico oportuno, con el fin de prevenir complicaciones en el plan de tratamiento. **Conclusiones:** La biopsia de lesiones ulceradas en cavidad bucal permite obtener un diagnóstico preciso de infección por CMV, principalmente en aquellas entidades que presentan características clínicas similares como el pénfigo paraneoplásico, enfermedad de Behcet, carcinoma basocelular, entre otras. El diagnóstico oportuno permite ofrecer una terapéutica adecuada, lo que se traduce en mejores expectativas para futuros tratamientos.

## 5PCO

**PÉNFIGO PARANEOPLÁSICO COMO PRIMERA  
MANIFESTACIÓN DE UN LINFOMA: PRESENTACIÓN DE UN  
CASO**Jorge Armando López Mendoza<sup>1</sup>, María Roxana Peláez Molina<sup>2</sup>, Héctor Francisco Meráz Acosta<sup>3</sup>, Federico Rivera Luna<sup>4</sup>, Anitza Domínguez Sánchez<sup>5</sup>, María de Lourdes Montaña Pérez<sup>1</sup>Cirujano Dentista Especialista en Patología Bucal. Maestría y Doctorado en Ciencias de la Salud de la UABC.<sup>2</sup>Cirujano Dentista Especialista en Patología Bucal, Facultad de Odontología

**Introducción:** El pénfigo paraneoplásico es una enfermedad vesiculoampollosa autoinmune potencialmente mortal asociada a una neoplasia, generalmente de origen linfóide. Clínicamente se manifiesta como estomatitis progresiva dolorosa que puede semejar a pénfigo, penfigoide buloso, eritema multiforme, enfermedad injerto vs huésped o líquen plano. **Presentación del caso:** Paciente femenino de 35 años de edad, que presenta gingivitis descamativa y múltiples úlceras dolorosas en dorso, vientre de lengua y carrillos, con 7 meses de evolución. Dichas lesiones aparecieron 3 meses posteriores a parto eutócico. La paciente reporta diagnóstico previo de depresión postparto debido a que manifestaba adinamia, anorexia y pérdida de peso. Se realizó biopsia incisional perilesional. Microscópicamente se observó infiltrado inflamatorio crónico subepitelial. En el epitelio se encontró acantólisis, vesículas intraepiteliales y subepiteliales. Se emitió diagnóstico de Pénfigo vulgar y se inició



Mexicali (UABC)

<sup>3</sup>Maestro en Ciencias. Facultad de Odontología Mexicali (UABC). <sup>4</sup>Cirujano Dentista Especialista en Cirugía Maxilofacial. Departamento de exodoncia y cirugía. Facultad de Odontología Mexicali (UABC)

<sup>5</sup> Maestra en Salud Pública. Profesora de Asignatura de Epidemiología. Facultad de Odontología Mexicali (UABC)

<sup>6</sup> Doctora en Ciencias. Responsable de educación continua. Facultad de Odontología Mexicali (UABC)

tratamiento con Mometasona de forma tópica. Una semana después la paciente presentó progresión de lesiones bucales y desarrollo lesiones vesículo ulcerativas en palmas por lo que fue remitida al médico internista, quien realizó TC encontrando neoplasia mediastinal la cual fue sometida a biopsia con un resultado de Linfoma No Hodgkin de células B. Discusión: El 17% de los pacientes con pénfigo paraneoplásico no tienen diagnóstico previo de neoplasia. Tres neoplasias están comúnmente asociadas: linfoma no Hodgkin, leucemia linfocítica crónica y enfermedad de Castleman. Han sido reportados en la literatura alrededor de 450 casos. Predomina en hombres de 45 a 70 años de edad. En nuestro caso la paciente era una mujer de 35 años. Debido a la variedad clínica, el diagnóstico diferencial depende de la presentación clínica. Histopatológicamente, puede haber vesículas intradérmicas y acantólisis, y raramente, ampollas subepiteliales. Conclusión: En pacientes con lesiones bucales resistentes al tratamiento convencional se debe realizar un estudio minucioso ya que el diagnóstico oportuno de la neoplasia está relacionado con la sobrevida del paciente.

## CATEGORÍA: ESTUDIANTE DE POSGRADO

### MODALIDAD: CARTEL

#### 1PCC

#### CARCINOMA DE CÉLULAS ACINARES EN PALADAR

Azalia Lozoya Tallabas<sup>1</sup>, Jessica Maldonado Mendoza<sup>2</sup>, Martha Beatriz González Guevara<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Especialización y Maestría en Patología y Medicina Bucal, UAM-Xochimilco.

<sup>2</sup>Ayudante de posgrado, Laboratorio de Patología y Medicina Bucal, UAM-X.

<sup>3</sup>Profesor de Patología y Medicina Bucal. Departamento de Atención a la Salud. UAM-Xochimilco. México, D.F.

**Introducción:** El Carcinoma de células acinares (CCA) es una neoplasia maligna poco frecuente que comprende hasta el 17% de las neoplasias malignas de glándulas salivales, con una gran diversidad morfológica. **Presentación del caso:** Paciente femenino de 41 años de edad, que acudió a consulta al LDC "San Lorenzo Atemoaya" de la UAM-X, por presentar aumento de volumen en paladar desde hace 2 meses, asintomática, el cual punccionó en diversas ocasiones, con salida de material mucoide. Se indicó esquema de antibiótico (Amoxicilina/Ac. Clavulánico 875/125mg cada 12 horas) por 7 días, sin resolución por lo que se decide tomar biopsia excisional de la lesión. En el estudio histopatológico se observa una neoplasia con algunas células de aspecto vacuolado con patrones microquísticos y sólido, se realizaron tinciones especiales (PAS, mucicarmin) confirmando el diagnóstico de CCA variante sólido-micro quístico. **Discusión:** El CCA se presenta con una frecuencia del 17% en glándulas salivales menores. Debido a la gran cantidad de patrones morfológicos y su semejanza con distintas entidades, como el carcinoma mucoepidermoide y el carcinoma secretor mamario análogo, el uso de tinciones de histoquímica, inmunohistoquímica e incluso citogenética (FISH) pueden ser de utilidad para descartar otras lesiones. **Conclusiones:** El CCA es una entidad a considerar dentro de los diagnósticos diferenciales en lesiones presentes en paladar, teniendo en cuenta su baja frecuencia, representa un reto diagnóstico para el patólogo bucal por la variabilidad en su morfología.



## 2PCC

**PENFIGOIDE DE LAS MUCOSAS, REPORTE DE UN CASO**David Gómez Thomas<sup>1</sup>, Miguel Padilla Rosas<sup>2</sup>, Alma Alicia Soto Chavez<sup>2</sup>

Especialidad en Periodoncia<sup>1</sup>, Departamento de Clínicas Odontológicas Integrales, Departamento de Patología oral<sup>2</sup>, División de Disciplinas Clínicas, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

**Introducción:** El término penfigoide cicatrizal se utiliza para describir a un grupo de padecimientos heterogéneos, autoinmunes, crónicos e inflamatorios que actúan en contra de los hemidesmosomas de los epitelios escamosos estratificados. Cuando estas lesiones se encuentran exclusivamente en cavidad oral se le denomina penfigoide de las mucosas que afecta el tejido gingival entre el 88 y 100% de los pacientes, dentro de sus características macroscópicas se incluyen afectación de las mucosas oculares, formación de cicatrices, lesiones en la mucosa nasal, genitales y laringe, en las características microscópicas se observan depósitos lineales de IgG, IgA o C3 así como el antígeno BP-I y una proteína de 230 kD localizada en el aparato hemidesmosómico situado en la base de la célula basal adyacente a la membrana basal. **Presentación del Caso:** Paciente femenino de 55 años de edad, remitido a la Especialidad de Periodoncia para revisión, con motivo de consulta "No puedo comer" a la exploración clínica presenta dolor al hablar, sangrado espontáneo, ulceración gingival, Nicolsky positivo, se procedió a toma de biopsia confirmandose el diagnóstico. La paciente refirió haber utilizado colutorios de astringosol 15 días previos, se le recetó terapia farmacológica con corticosteroides tópicos y colutorios con clorhexidina, a las dos semanas se reportó un 45% de control de las lesiones y mejoría al hablar y comer. **Discusión y Conclusiones:** Es relevante reconocer las zonas de separación tisular, así como, la obtención del tejido para realizar pruebas histológicas y descartar otras patologías que pueden presentar ulceración en la zona gingival como líquen plano, pénfigo vulgar y eritema multiforme. Resulta crucial la búsqueda e identificación de lesiones extraorales para el diagnóstico certero y tratamiento interdisciplinario con especialidades médicas para controlar y prevenir futuras complicaciones.

## 3PCC

**CEMENTOBLASTOMA, REPORTE DE UN CASO**Georgina López Jiménez<sup>1</sup>, Miguel Padilla Rosas<sup>2</sup>, César Paul Gómez Franco<sup>3</sup>, Alondra del Carmen Ruiz Gutiérrez<sup>1</sup>.

Especialidad en Periodoncia<sup>1</sup>, Departamento de Clínicas Odontológicas Integrales, Departamento de Patología Oral<sup>2</sup>, División de Disciplinas Clínicas, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

**Introducción:** Los cementoblastomas son neoplasias de baja frecuencia que representan menos del 1% de los tumores odontogénicos. Se presentan mayormente en mandíbula, con aparición del 90% en la región de los molares y premolares; el 50% involucra al primer molar permanente. Los cementoblastomas raramente afectan dientes temporales. No existe predilección significativa en cuanto al sexo. La neoplasia ocurre predominantemente en niños y adultos jóvenes con aparición del 50% antes de los 20 años y 75% antes de los 30 años. Dos terceras partes de los pacientes reportan dolor e inflamación. **Presentación del caso:** Paciente femenino de 42 años de edad que se presenta a las Clínicas de Diagnóstico de las Clínicas Odontológicas Integrales de la Universidad de Guadalajara con motivo de consulta "se me cayó una amalgama". Refiere dolor a la palpación, así como, a la masticación. Como hallazgo radiográfico se descubre una zona radiopaca a nivel de los ápices del órgano dentario 3.6 con diagnóstico presuntivo de cementoblastoma, por lo que se programa para su resección quirúrgica. Se realizó la escisión quirúrgica del cementoblastoma así como



del molar y se realiza regeneración ósea guiada en el sitio del defecto y se sutura. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico clínico. **Discusión y Conclusiones:** El tumor aparece como una masa radiopaca fusionada a una o más raíces dentales rodeada por un halo delgado radiolúcido. La presencia histopatológica del cementoblastoma se asemeja al osteoblastoma, con la característica distintiva que la primera se encuentra fusionada al diente involucrado. El pronóstico es favorable y el tumor no es recurrente posterior a la correcta remoción.

4PCC

**AMELOBLASTOMA SÓLIDO PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Nancy Pérez Cornejo, Fernando Tenorio Rocha, Benjamín Sánchez Trocino

Laboratorio de Posgrado e Investigación , Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León

**Introducción:** La OMS define al Ameloblastoma S/M como una neoplasia benigna del epitelio odontogénico, localmente invasivo y crecimiento lento, con alta tasa de recurrencia. Sin predilección por género, tiene una mayor prevalencia entre los 30 y 60 años, con etiología desconocida. Se localizan con mayor frecuencia en mandíbula con una marcada predilección por la región posterior. Suelen ser asintomáticos pudiendo llegar a provocar parestesia. Radiográficamente se observa como una zona radiolúcida uni o multilocular con o sin bordes festoneados y en algunos casos un diente no erupcionado está asociado. El A S/M presenta principalmente dos patrones: foliular y plexiforme. El tratamiento depende del tipo, la localización y el tamaño del tumor, así como de la edad del paciente. **Presentación del Caso:** Femenino de 14 años de edad con zona radiolúcida multilocular de bordes bien definidos, en cuerpo y rama mandibular del lado derecho de aproximadamente 8 cm asociado al OD 48 . En la TA y la estereolitografía se puede apreciar como expande corticales y la afectación de apófisis coronoides y cóndilo mandíbular. Se realiza una biopsia insinacional y se emite un diagnóstico presuntivo de Ameloblastoma sólido para establecer el protocolo de tratamiento quirúrgico. **Discusión:** En la literatura es reportado que hay una mayor prevalencia en pacientes adultos sin embargo puede presentarse en pacientes más jóvenes como es nuestro caso. Los métodos de diagnóstico favorecen al plan de tratamiento ya que éste es complicado en niños porque hay un continuo crecimiento facial. A pesar de que en niños hay una mayor incidencia de A .Uniquístico se han reportado casos de A S/M. **Conclusiones:** Como residente de patología es importante reconocer que las neoplasias benignas pueden tener un comportamiento localmente invasivo y que el diagnóstico estará basado en un adecuado manejo de nuestros recursos involucrando la medicina y patología bucal.



5PCC

**QUISTE RESIDUAL, REPORTE DE UN CASO**

Ana Cristina González Espinoza , Dr. Miguel Padilla Rosas, Vianeth Martínez Rodríguez

Especialidad en Periodoncia, Departamento de Clínicas Odontológicas Integrales, Departamento de Patología Oral; División de Disciplinas Clínicas, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

**Introducción:** El quiste residual es referido con varios nombres, quiste periapical radicular, quiste radicular y quiste periodontal son los más comunes. Está clasificado como un quiste de origen odontogénico benigno; ocurre principalmente por la proliferación de los restos epiteliales de Malassez contenidos en el ligamento periodontal. Se desarrolla a partir de un granuloma periapical preexistente que representa un foco de tejido de granulación crónicamente inflamado en el hueso a nivel de ápice. El quiste residual se inicia y mantiene por los productos de descomposición del tejido pulpar necrosado. Con frecuencia son asintomáticos y muchas veces su diagnóstico constituye un hallazgo radiográfico. **Presentación del caso:** Paciente femenino de 25 años de edad se presenta a la Especialidad en Periodoncia, acude a mantenimiento y a la evaluación radiográfica presenta una radiotransparencia bien circunscrita, proximal a la raíz mesial del órgano dentario 4.7, por decisión del paciente se optó por esperar y evaluar la evolución. A los seis meses se realiza un nuevo estudio radiográfico observándose un aumento de tamaño en la lesión. Se indica la enucleación completa de la lesión y la regeneración ósea del sitio afectado. Se realizó examen histopatológico al material biológico obtenido, el cual fue compatible con el diagnóstico de quiste residual. **Discusión y conclusiones:** El quiste residual se desarrolla a partir de un granuloma periapical preexistente a nivel de ápice. Se inicia y mantiene por los productos de descomposición del tejido pulpar necrosado. Con frecuencia son asintomáticos y muchas veces su diagnóstico constituye un hallazgo radiográfico su crecimiento es lento y pueden alcanzar gran tamaño.

6PCC

**SÍNDROME AUTOINMUNE MULTIORGÁNICO PARANEOPLÁSICO: MÁS QUE UNA FORMA ATÍPICA DE PÉNFIGO.**

José Gabriel Zambrano<sup>1</sup>, Martha Jessica Olalde-Hernández<sup>1</sup>, Adalberto Mosqueda-Taylor<sup>1</sup>, Olga Macías<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Especialización y Maestría en Patología y Medicina Bucal, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, <sup>2</sup>Departamento de Dermatología, Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, México.

**Introducción:** El síndrome autoinmune multiorgánico paraneoplásico (SAMP) es causado por una desregulación del sistema inmune que ocasiona daño en múltiples tejidos y órganos como parte de la respuesta inmune antitumoral. Se caracteriza por presentar lesiones musculares, cutáneas, y en mucosa bucal, genital y conjuntival, resistentes al tratamiento. **Presentación del caso:** En Diciembre de 2013 acude a la Clínica de Boca y al servicio de Dermatología del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, paciente masculino de 49 años, con úlceras bucales de 6 meses de evolución, tratado con fluconazol y prednisona (30 mg/día por dos meses), sin remisión. El paciente fue diagnosticado en septiembre de 2013 de miastenia gravis tratada con pirisostigmina (360 mg/día). Clínicamente se observa marcha inestable, máculas cutáneas hipercrómicas, oncodistrofia, eritema conjuntival, lesiones ampollares en genitales. Intraoralmente se identifican úlceras y erosiones que afectan toda la mucosa bucal. Los diagnósticos presuntivos incluyeron pénfigo vulgar vs. pénfigo medicamentoso. La biopsia demostró hallazgos compatibles con pénfigo vulgar, pero las pruebas de inmunofluorescencia directa fueron negativas. Posteriormente se identifica masa en mediastino anterior correspondiente a timoma tipo B<sub>2</sub> (OMS), se sugiere el diagnóstico de pénfigo paraneoplásico. Se indica



prednisona (50 mg/día), azatioprina (100 mg/día), enjuagues con furoato de mometasona (2/día) y nistatina (100,000 UI/día). Se ajusta manejo de corticoesteroides y se realiza timentomía (04/14), disminuyendo gradualmente dosis de prednisona, azatioprina y aplicación tópica de tacrolimus en orabase. La respuesta ha sido satisfactoria, observándose remisión del 90% de las lesiones bucales y todas las cutáneas y genitales a partir de la eliminación del timoma. **Conclusión:** El pénfigo paraneoplásico constituye una enfermedad multiorgánica, que requiere la correlación clínica-patológica y del trabajo interdisciplinario para su diagnóstico y tratamiento adecuado.

## 7PCC

### ESCLEROMA RESPIRATORIO, SU VARIABILIDAD CLÍNICA Y LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO CORRECTO.

Martha Estela García Sánchez<sup>1</sup>, Sol María de la Hoz Barandica<sup>2</sup>, Velia Ramírez Amador<sup>1</sup>, Estela de la Rosa García<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Especialización y Maestría en Patología y Medicina Bucal, UAM-Xochimilco.

<sup>2</sup>Servicio Otorrinolaringología, Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

**Introducción:** El escleroma respiratorio (rinoescleroma) es una enfermedad granulomatosa causada por *Klebsiella rhinoscleromatis*, endémica de países en vías de desarrollo, asociada a condiciones de hacinamiento y mala higiene. **Presentación del caso:** Mujer de 45 años, acude al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Inicio de padecimiento actual hace 6 meses, con pérdida de peso, disfonía y disfagia progresiva a sólidos hace 3 meses, actualmente solo tolera líquidos. Niega tratamientos previos. Cuello con adenomegalias bilaterales (II, III, V) induradas. Intrabucalmente se identifica aumento de volumen irregular, blanquecino, con áreas eritematosas, lobulado, superficie granular y ulcerada, localizado en vestíbulo anterior, paladar y orofaringe. La endoscopia nasal mostró mucosa ligeramente hiperémica, septum funcional, remodelamiento de mucosa bilateral, cornetes en ciclo, escasa rinorrea mucopurulenta, asimetría en fosa nasal izquierda. En laringoscopia se observa extensión a hipofaringe, con disminución de diámetros anteroposterior y lateral, sin visibilidad de cuerdas vocales. Se toma biopsia incisional con diagnóstico presuntivo de linfoma T/NK. En el estudio histopatológico (H&E) se observa proliferación de células claras e infiltrado inflamatorio de predominio linfoplasmocitario, escasos neutrófilos y eosinófilos, rodeando e infiltrando vasos sanguíneos, así como presencia de abundantes cuerpos de Russell. Con tinciones PAS y Warthin Starry se identifican múltiples cuerpos de estructura bacilar dentro de células claras (células de Mickulicz), compatibles con diagnóstico de escleroma respiratorio. Se indica Ciprofloxacina (500mg-12h, 3 meses) e irrigaciones nasales (solución salina y gentamicina 160mg-c/8h). Actualmente mejoría clínica, disminución del tamaño de la lesión y de obstrucción nasal. **Discusión:** En México, el escleroma respiratorio es considerado endémico en algunos estados, no existe información exacta de su frecuencia; solo reportes de casos. En el diagnóstico diferencial se debe considerar: enfermedades granulomatosas y neoplasias malignas (linfoma T/NK). **Conclusiones:** Debido a las características y evolución clínica de esta entidad, el estudio histopatológico es fundamental para la confirmación del diagnóstico y tratamiento adecuado.



8PCC

**ÚLCERA PALATINA CENTRAL: LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECISO PARA LA TOMA DE DECISIONES TERAPÉUTICAS**

Selik Arturo Camacho Aguilar, Adalberto Mosqueda Taylor, Alfredo Garcilazo Gómez.

Maestría en Patología y Medicina Bucal, Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. México, D.F.

**Introducción:** La cirugía bariátrica puede ocasionar complicaciones secundarias, tales como lesiones traumáticas de la mucosa bucal, mismas que deben diferenciarse de otros procesos con características similares y pronóstico variado. **Presentación del caso:** Mujer de 47 años de edad con úlcera de 3 cm de diámetro en paladar duro sin comunicación con la cavidad nasal, de 10 días de evolución y ligera parestesia, con antecedentes de pérdida de 7 kg de peso y disfagia con odinofagia asociados a episodios de vómito (hasta 15/hora) iniciados tras la colocación de banda gástrica; posterior al retiro quirúrgico de la misma, la paciente identificó la lesión, lo cual la motivó a consultar diferentes servicios a través de medios electrónicos en redes sociales, obteniendo así diversos diagnósticos hasta acudir a un servicio oncológico en donde le fue recomendada la escisión quirúrgica completa del paladar por probable malignidad. Una historia clínica minuciosa nos reveló el diagnóstico de probable úlcera traumática, por lo que se confeccionó una placa obturadora e indicaron los cuidados necesarios, con lo cual la lesión sanó por completo a los tres meses. **Discusión:** Una úlcera palatina central puede semejar neoplasias malignas, procesos infecciosos profundos, autoinmunes o lesiones ocasionadas por drogas. Se han reportado ulceraciones asociadas al vómito constante en pacientes con bulimia y como complicación por colocación de banda gástrica, en donde pueden encontrarse hallazgos histopatológicos de sialometaplasia necrosante, sugiriéndose un mecanismo fisiopatogénico similar.

**Conclusiones:** La consulta directa médico-paciente es la ideal para la exploración y diagnóstico adecuados, así como para explicar claramente el padecimiento, tomar decisiones terapéuticas bien fundamentadas y controlar la reacción emocional ante un diagnóstico complejo.

9PCC

**MANEJO ORTODONCICO EN PACIENTE QUE PRESENTA SÍNDROME DE DOWN**

Juan Andrés Vicuña Barzallo, Roberto Valencia Hitte, Iveth Stefania Berliner Cáceres.

Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia.

**Introducción:** El síndrome de Down es un trastorno genético, causado por una copia extra del cromosoma 21, conocido como trisomía 21. Esta trisomía afecta a 1 de cada 700 niños y causa problemas en el desarrollo del cuerpo y cerebro, caracterizado por la presencia de un grado variable de discapacidad cognitiva. **Objetivo:** Describir un tratamiento ortodóncico para dicho síndrome; conseguir una oclusión funcional al mejorar sus relaciones esqueléticas, dentales, perfil facial y salud periodontal; priorizando en cada fase del tratamiento la motivación con el fin de reestablecer la confianza y seguridad de la paciente. **Caso clínico:** Paciente femenina de 16 años 2 meses de edad, clase III esquelética, crecimiento horizontal, clase III molar y canina bilateral, mordida cruzada anterior y posterior bilateral, sobremordida vertical y horizontal disminuidas. Línea media dentaria inferior desviada 0.5mm a la derecha, Síndrome de Down, hábito de respiración bucal y apiñamiento dental. Tiempo de tratamiento 2 años 4 meses. Para el diagnóstico se utilizó estudios ortodóncicos de rutina. El tratamiento consistió en las primeras fases en la familiarización con el



entorno y cuidadoso manejo de la conducta de la paciente. Se realizaron exodoncias de piezas #15 y 85; alineación, nivelación, desgaste interproximal anteroinferior, manejo de espacios con cadenas intramaxilares, elásticos clase III bilateral, detallado y retención. Resultados: Se corrigió el perfil facial, sobremordida vertical y horizontal, mal posición dentaria, mordida cruzada anterior y posterior bilateral, relaciones dentales y esqueléticas erradicando el hábito de respiración bucal y reforzando la confianza y autoestima de la paciente. **Discusión y conclusiones:** Para el manejo de este tipo de pacientes es importante la parte psicológica jugando un papel fundamental la incentivación y motivación. El correcto diagnóstico será de vital importancia para la corrección de las relaciones esqueléticas y dentales así como, una completa rehabilitación funcional del paciente.

# ANOMALÍAS CRANEOFACIALES

**ÁREA: CASOS CLÍNICOS**

**MODALIDAD: CARTEL**

1CFP

**TRATAMIENTO ESTOMATOLÓGICO MULTIDISCIPLINARIO EN UN PACIENTE QUE PRESENTA LABIO Y PALADAR HENDIDO**

Myriam González, Roberto Valencia Hitte, José Miguel De León Fajardo.

Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia.

**Introducción:** La entidad del labio y paladar hendido es una anomalía congénita. Desarrollada entre la sexta y décima semana de gestación, tiempo donde el maxilar superior, nariz y boca se fusionan formando el paladar y el labio superior. De prevalencia alta en América, se asocia a factores genéticos y ambientales. El objetivo del trabajo fue describir un tratamiento Ortodóncico-Quirúrgico para dicha malformación, en el cual se provee al paciente de una oclusión armoniosa así como, relaciones esqueléticas y un perfil facial adecuado para la rehabilitación oral y facial.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 10 años 5 meses de edad, Clase III esquelética, crecimiento vertical, clase III molar y canina bilateral, mordida cruzada anterior y posterior izquierda, línea media dental superior desviada dos milímetros a la izquierda, LPH unilateral izquierdo, hábito de respiración bucal y apiñamiento dental. Tiempo de tratamiento 4 años 10 meses. Para el diagnóstico se utilizó estudios ortodóncicos de rutina. El tratamiento se dividió en tres fases: la fase pre-quirúrgica logró alineación, nivelación y descompensación dental proveyendo estabilidad oclusal. La fase quirúrgica consistió en una cirugía Lefort I de avance maxilar, osteotomía sagital de rama bilateral y remoción de terceros molares. En la fase post-quirúrgica se realizó desgaste interproximal, detallado y retención. Se corrigió el perfil facial, apiñamiento dental, sobremordida vertical y horizontal, mordida cruzada anterior y posterior así como, las relaciones esqueléticas, proveyendo de una máxima intercuspidad, paralelismo radicular y oclusión funcional, minimizando los efectos



		<p>de dicha anomalía. <b>Discusión y conclusiones:</b> Es importante el abordaje interdisciplinario para el manejo de estos pacientes. El determinar la etiología de la discrepancia en las relaciones esqueléticas permite seleccionar la más adecuada alternativa de tratamiento. Los resultados alcanzados en el procedimiento indican que el diagnóstico adecuado para pacientes con labio y paladar hendido, garantizan la obtención de los objetivos definidos al inicio del caso.</p>
<p>2CFP</p>	<p><b>TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO DE UN PACIENTE CON SINDROME DE PARRY-ROMBERG.</b>  <b>Oscar Adrian Muñoz Barrera,</b> Ovidio Alberto Pérez Moreno, Diana Luz Quiroz Morales, Roberto Valencia Hitte, Adán Casasa Araujo                   Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia.</p>	<p><b>Introducción:</b> El síndrome de Parry-Romberg es una anomalía craneo facial del desarrollo de etiología desconocida, que se caracteriza por una hemiatrofia facial progresiva envolviendo grasa subcutánea, piel, cartílago, hueso y músculo. El objetivo del trabajo fue describir un tratamiento Ortodóncico-Protésico para dicho síndrome teniendo como objetivo principal camuflajear los efectos causados por la involución progresiva unilateral de tejidos. <b>Caso clínico:</b> Paciente masculino de 16 años 2 meses de edad, Clase III esquelética según Witts, hiperdivergente, clase III molar derecha, clase I molar izquierda, clase III canina bilateral, ausencia de los órganos dentales 11 y 12, incisivos superiores e inferiores retroclinados, mordida cruzada anterior, overjet y overbite disminuidos, apiñamiento leve inferior, líneas medias no coincidentes. Tiempo de tratamiento 2 años 11 meses. Para el diagnóstico se utilizó estudios Ortodóncicos de rutina y Tomografía Cone Beam. El Tratamiento consistió en Anclaje Mandibular con Arco Lingual, Exodoncia de 18,28,38,48, 3.4 y 4.4 (camuflaje) Alineación, Nivelación, expansión transversal y antero-posterior con secuencia de arcos, mantenimiento de espacios con aparatología fija, gingivoplastia para caracterización con resina directa de los órganos dentales 13,21,22,23, detallado y retención. Se logró corregir posición dentaria, el overbite y la mordida cruzada anterior, así como camuflajear la ausencia de las piezas 11 y 12 mediante movimiento ortodóncico y caracterización protésica, minimizando los efectos del síndrome. <b>Discusión y Conclusiones:</b> Es importante el uso del CBCT, ya que podrían estar involucrados tejidos duros además de los blandos. Para el manejo de este tipo de pacientes es imprescindible un tratamiento multidisciplinario para camuflajear los efectos involutivos de dicho síndrome.</p>
<p>3CFL</p>	<p><b>AGENESIA AISLADA DEL CUERPO CALLOSO</b>  <b>Juan Ramón Ruíz-López<sup>1</sup>,</b> Fabián Ocampo-Acosta<sup>2</sup>, Marisela Martínez-Gamboa<sup>3</sup>, París A. Mier-Maldonado<sup>4</sup>, Francisco Torralva-Sandoval<sup>4</sup>, Edgar R. Méndez-Sánchez<sup>4</sup></p> <p><sup>1</sup> Estudiante de Odontología, CISALUD, UABC, Valle de las Palmas  <sup>2</sup> Facultad de Odontología, UABC, Tijuana  <sup>3</sup> Lab. de Biología Celular, CISALUD, UABC, Valle de las Palmas</p>	<p><b>Introducción.</b> La agenesia del cuerpo calloso (ACC) es una malformación congénita relativamente frecuente, de etiología diversa y cuyas características clínicas dependen de la causa subyacente. Su pronóstico es incierto por lo que se evalúa la historia fetal-obstétrica y rasgos familiares. Puede ocurrir como un defecto aislado, generalmente como anomalía esporádica, aunque también se asocia con frecuencia a otras malformaciones, síndromes genéticos y trastornos metabólicos. <b>Presentación del Caso.</b> Se presenta a paciente de 9 meses de edad con agenesia aislada del cuerpo calloso, mostrando retraso psicomotor generalizado caracterizado por atrapamiento del pulgar, incapacidad para mantener la postura; en boca, músculos masticadores</p>



<sup>4</sup> Lab. de Patología, CISALUD, UABC, Valle de las Palmas

hipotónicos y secuencia eruptiva dental retrasada. Se realizaron estudios genéticos y valoraciones clínicas y de laboratorio a fin de descartar asociación con síndrome relacionado a la agenesia del cuerpo calloso. **Discusión y Conclusiones.** La ACC se asocia a una amplia variedad de malformaciones asociadas del sistema nervioso, síndromes genéticos y alteraciones en el desarrollo de otros órganos y sistemas. La importancia de la intervención temprana por parte de los involucrados en la rehabilitación general favorece el desarrollo psicomotor y social de los pacientes con ACC. La rehabilitación dependerá de los factores involucrados en las causas etiológicas de la ACC, por lo que es trascendental distinguir los casos aislados de aquellos con compromiso sindrómico.

#### 4CFL

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA PLAGIOCEFALIA, PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

Iziar Granados Macedo\* Marco Antonio Torres Carmona\*\*

\*Estudiante 8° semestre, Cirujano Dentista, Universidad del Valle de México Campus Querétaro. \*\* Centro de Rehabilitación Integral de Querétaro DIF

**Introducción.** La plagiocefalia es una anomalía del desarrollo craneal, caracterizada por asimetría de la bóveda y la base. Las principales causas son craneosinostosis y deformación posnatal. Las alternativas de tratamiento dependerán de la etiología de cada caso en particular. Identificar la causa permite establecer el tratamiento adecuado. Se presentan dos casos, que ejemplifican las diferencias entre ambos tipos de plagiocefalia. **Presentación de los casos.** 1) Paciente femenina de 7 meses. Presenta asimetría craneal y facial, la TC mostró craneosinostosis por cierre de la sutura hemisférica derecha. 2) Paciente femenina de 1 año 1 mes, hipotónica. Presenta asimetría craneal, aplanamiento occipital derecho y cifosis dorsolumbar. La TC mostró asimetría craneal con distorsión de las suturas, sin craneosinostosis. En radiografía lateral de columna D12 en cuña. **Discusión.** El cierre prematuro de suturas craneales laterales ocasiona plagiocefalia por craneosinostosis, con asimetría craneofacial y compresión encefálica. El tratamiento quirúrgico descomprime la corteza cerebral y mejora el desarrollo craneofacial. La falta de movimiento en los primeros meses de vida causa moldeamiento craneal con plagiocefalia posicional. Con frecuencia existe hipotonía. El tratamiento es ortopédico con buen pronóstico en la corrección de la asimetría cuando se inicia en los primeros meses. **Conclusiones.** Identificar la causa de la plagiocefalia permite realizar el diagnóstico diferencial, identificar la etiología, establecer el tratamiento óptimo de cada caso y tener un pronóstico favorable. La historia clínica, exploración detallada y estudios de imagen son indispensables.



## CATEGORÍA: LIBRE

### MODALIDAD: PRESENTACIÓN ORAL

#### 1LICO

#### CARCINOMA NASOFARÍNGEO INDIFERENCIADO DIAGNOSTICADO INICIALMENTE COMO LINFOMA

Rebeca Guzman-Medrano,<sup>1</sup> Eduardo Morales Flores,<sup>2</sup> Héctor Villanueva Clift,<sup>2</sup> Carolina Zubia Díaz,<sup>1</sup> Julio Villegas Ham<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Chihuahua;

<sup>2</sup>Departamento de Enseñanza Médica, Hospital Infantil de Especialidades de Chihuahua

**Introducción:** Tumores cervicales pueden presentarse en pacientes pediátricos por procesos reactivos o tumores malignos que aunque raros, incluyen linfoma o carcinoma nasofaríngeo metastásico. Éste representa menos del 1% de los cánceres infantiles. Aquí, presentamos un paciente masculino de 14 años remitido al Hospital Infantil de Especialidades de Chihuahua por masa cervical en estudio. **Presentación del Caso:** Este tumor cervical de aproximadamente 15 cm, lobulado, firme, doloroso a la palpación, de 5 meses de evolución, se diagnosticó clínicamente como posible linfoma. El ultrasonido y la TAC revelaron conglomerado ganglionar con hipervascularidad y tumor ocupando el espacio parafaríngeo y la fosa intratemporal izquierdos, destruyendo antro maxilar y comprimiendo al lóbulo temporal, respectivamente. Se apreciaron imágenes sugerentes de adenopatías adyacentes a las glándulas submaxilares. Un frotis de la lesión mostró escasos linfocitos y macrófagos normales. La biopsia cervical evidenció neoplasia maligna epitelial, con células ovales o poligonales con nucleomegalia, nucléolos prominentes, mitosis atípicas infiltración al tejido conjuntivo e inflamación focal. Se diagnosticó carcinoma indiferenciado pudiendo corresponder a metástasis de carcinoma nasofaríngeo indiferenciado (tipo Schmincke) confirmado por biopsia nasofaríngea cuyas inmunoreacciones resultaron marcadamente positivas para CK5/CK6 y CK19. No se encontró evidencia del Virus Epstein-Barr. Se manejó con quimioterapia y radioterapia subsecuente. **Discusión:** Aunque la manifestación de neoplasias malignas como tumores cervicales es rara en pacientes pediátricos, es la manifestación clínica más común del carcinoma nasofaríngeo indiferenciado pudiendo confundirse con linfoma como en este caso. Requiriéndose, para definir el tumor primario, estudios de imagen, histopatológicos, inmunohistoquímicos y sanguíneos buscando al virus Epstein Barr que en aproximadamente el 20% de los casos, como en este paciente, está ausente. **Conclusiones:** El estudio de un tumor cervical requiere análisis de hallazgos clínicos, de imagen, histopatológicos y sanguíneos para obtener un diagnóstico confiable que posibilite el tratamiento óptimo del paciente pediátrico.



## 2LICO

**GRANULOMA CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES EN UN PACIENTE DE 15 AÑOS: REPORTE DE UN CASO**

Ana Elizabeth Sanchez Becerra<sup>1</sup>, José Sergio Zepeda Nuño<sup>2</sup>, Juan José Soto Ávila<sup>3</sup>, Diana Gabriela Rodríguez Tapia<sup>4</sup>, Guillermo Manuel Amezcua Rosas<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Cirujano Dentista Particular, <sup>2</sup>Departamento de Microbiología y Patología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>3</sup>Instituto Jalisciense de Cancerología, <sup>4</sup>Clínica Estatal de Enfermedades de la Mucosa Bucal, Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio."

**Introducción:** El granuloma central de células gigantes (GCCG), es considerado una lesión no neoplásica y osteolítica de comportamiento variable. Algunos autores la describen como una proliferación inflamatoria. La localización más frecuente es en la porción anterior del cuerpo mandibular, afecta principalmente individuos jóvenes, especialmente mujeres. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 15 años de edad, que acudió a la Clínica Estatal de Enfermedades de la Mucosa Bucal, por presentar desplazamiento dentario con un año de evolución, sin sintomatología. A la exploración clínica se observó asimetría facial, malposición de los órganos dentales (OD) 43, 42, 41, 31, 32 y 33, con ligero aumento de volumen en la porción lingual de la mandíbula. Radiográficamente, se encontró una lesión radiolúcida, bien definida de aproximadamente 5 centímetros de diámetro, que se extendía desde la raíz del OD 45, hasta la raíz del OD 34, con desplazamiento radicular sin rizolisis. Se realizó biopsia incisional, para su posterior estudio histopatológico con resultado de GCCG. Se procedió a la infiltración de 25 mg de triamcinolona intralesional, una vez cada cuatro semanas, durante cuatro meses sin observar mejoría. Se remitió al servicio de Cirugía del Instituto Jalisciense de Cancerología, en donde se realizó resección en bloque y reconstrucción temporal con placa de titanio. **Discusión:** Clínicamente, el GCCG puede confundirse con otras entidades, por ejemplo: patologías fibroósicas, quistes y tumores odontogénicos. Existen tratamientos conservadores como el manejo con corticoides intralesionales, que funcionan exitosamente en muchos casos. Sin embargo, la cirugía es el tratamiento de elección en las formas clínicas agresivas.

## 3LICO

**LEIOMIOMA SIMPLÁSTICO UTERINO VS METÁSTASIS MANDIBULAR DE LEIOMIOSARCOMA, CON NEUROPATÍA MENTONIANA. RELATO DE UN CASO.**

Víctor Hugo Toral Rizo<sup>1</sup>, Francisco Javier Tejeda Nava<sup>2</sup>, Ana Camila Messeti<sup>3</sup>, Marco Antonio Huerta Solís<sup>4</sup>, Pablo Agustín Vargas<sup>3</sup>, Oslei Paes de Almeida<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Laboratorio de Histopatología y Clínica de Diagnóstico y Archivo de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. <sup>2</sup> Clínica de diagnóstico Facultad de Estomatología Universidad Autónoma de San Luis Potosí. <sup>3</sup> Área de Patología Oral, Departamento de Diagnóstico Oral de la Facultad de Odontología de Piracicaba, Universidad Estatal de Sao Paulo, Brasil. <sup>4</sup> Laboratorio de Patología, Orthin Laboratorio, Referencia Internacional. México D.F.

**Introducción:** Los leiomiomas (LMS) son neoplasias malignas mesenquimales derivadas del músculo liso. El leiomioma uterino simplástico es un leiomioma con células atípicas grandes que presenta alto pleomorfismo y múltiples núcleos agrandados con poca o ninguna actividad mitótica y se considera una variante de leiomioma con atipia citológica, pero con buen pronóstico. La neuropatía mentoniana se caracteriza por la aparición de disestesias en mentón, encía y labio inferior. Síntoma que frecuentemente se asocia a neoplasia maligna primaria o metastásica. **Presentación del caso:** Paciente femenino de 38 años de edad, acude al centro de especialidades odontológicas II (CEO-II) en Rio Claro, Sao Paulo, Brasil, por hallazgo radiográfico de lesión lítica en rama ascendente mandibular. Refiere histerectomía simple hace un año, con diagnóstico histopatológico de leiomioma de tipo simplástico. Al examen clínico refiere hipoestesia de labio inferior, a la exploración clínica sin alteraciones. La radiografía panorámica muestra una lesión radiolúcida unilocular con bordes bien definidos e irregulares, en rama ascendente izquierda. Con diagnóstico presuntivo de neoplasia maligna, se realiza biopsia incisional. El resultado histopatológico fue de neoplasia maligna mesenquimal, se realizó estudio de inmunohistoquímica (IHQ) con 11 anticuerpos; de los cuales cinco fueron positivos



(AML, HHF-35, h-Caldesmon, Desmina y CD34), estableciendo el diagnóstico de metástasis de leiomiocarcinoma. **Discusión:** La Metástasis de los LMS son extremadamente raras en mandíbula, de igual forma el leiomioma simplástico uterino es raro (0.5 a 1%) y los criterios para diferenciar esta entidad de un leiomiocarcinoma son necrosis, invasión y actividad mitótica. En el presente caso la hipoestesia de labio inferior aunado a la morfología y las áreas de necrosis en el estudio histopatológico junto con la ayuda de la IHQ confirmo el diagnóstico de LMS metastásico. **Conclusión:** Identificar manifestaciones clínicas, imagenológicas, histológicas y de IHQ relacionadas con lesiones malignas por metástasis, es fundamental para su diagnóstico oportuno.

#### 4LICO

### CARCINOMA AMELOBLÁSTICO DE CÉLULAS FUSIFORMES (SARCOMATOIDE) TIPO PRIMARIO INTRAÓSEO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CON ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO Y ULTRAESTRUCTURAL

Roberto Onner Cruz Tapia<sup>1</sup>, Leonora Chávez Mercado<sup>2</sup>, Ana María Cano Valdez<sup>3</sup>, Javier Portilla Robertson<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Laboratorio de Patología Clínica y Experimental. DEPEI FO UNAM

<sup>2</sup>Unidad de Patología Quirúrgica. Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

<sup>3</sup>Departamento de Patología Quirúrgica. Instituto Nacional de Cancerología.

**Resumen del caso:** Paciente femenina de 21 años de edad, que inicia su padecimiento actual hace 18 meses, siendo el único hallazgo área radiolúcida en cuerpo mandibular lado izquierdo provocando movilidad dental, la biopsia reporta tumor odontogénico. Un año después ingresa al HGM por aumento de volumen que impide la apertura bucal, provoca asimetría facial y parestesia en la mandíbula. Se realiza toma de biopsia con reporte de ameloblastoma sólido y es programada para resección del tumor mandibular. En la unidad de patología quirúrgica se recibe cuerpo y rama mandibular con un tumor que destruye y perfora las corticales vestibular y lingual con ulceración de la mucosa. Microscópicamente se evidencia neoplasia maligna fusocelular con patrón sólido y fascicular que alterna con áreas de necrosis y un conteo mitótico elevado, hacia la periferia se observan cordones de epitelio odontogénico que se anastomosan con la neoplasia. Se realizan reacciones de inmunoperoxidasa siendo positivas las células fusiformes para citoqueratinas, vimentina y bcl-2. En la microscopía electrónica de transferencia se evidencia la presencia de fibronexos y uniones intercelulares.

**Discusión:** El CA sarcomatoide es una neoplasia rara, pocos datos estadísticos hacen que los factores pronósticos y líneas terapéuticas sigan en investigación, por ello es necesario realizar técnicas de citogenética y ultraestructura para intentar predecir su comportamiento.

**Conclusión:** Los carcinomas sarcomatoides en la región de cabeza y cuello son poco frecuentes, de comportamiento agresivo y pronostico desfavorable, el CA sarcomatoide ejemplifica la desdiferenciación sarcomatosa de las neoplasias epiteliales odontogénicas.



## 5LiCO

**CONDILOMA ACUMINADO: REPORTE DE UN CASO**<sup>1</sup> Miguel Padilla Rosas; <sup>2</sup> Héctor Montoya Fuentes.

<sup>1</sup> Profesor de asignatura, Departamento de microbiología y patología, CUCS, Universidad de Guadalajara; <sup>2</sup> Investigador, jefe del laboratorio de microbiología molecular, CIBO, IMSS.

**Introducción:** Se presenta un caso clínico donde la manifestación bucal de condiloma acuminado es en cavidad oral en un paciente joven. **Presentación del caso:** Paciente femenina de 22 años nacida y residente de Guadalajara, Secretaria, acude a la consulta por presentar aumento de volumen en la zona anterior del paladar duro, 2 meses de evolución, asintomático. A la exploración clínica se observa una estomatosis constituida por dos vegetaciones la mayor de 3x2.5x1.5 cms, superficie papilomatosa, asintomática, crecimiento rápido, el color es mixto áreas de color rojo-blancas, la segunda de 1x1.2x0.5 cms, mismas características que la anterior excepto por su color que es del mismo color de la mucosa. Antecedentes de importancia ante la sospecha de una enfermedad de transmisión sexual se interrogan antecedentes, la paciente refiere haber tenido dos parejas sexuales sin protección habiendo realizado sexo oral. **Diagnósticos diferenciales:** Papiloma oral escamoso y Verrugas vulgares intraorales. **Plan:** Biopsia excisional y estudio histopatológico. **Tratamiento:** Extirpación quirúrgica, control clínico Interconsulta a ginecólogo y a su pareja con el urólogo. **Discusión:** Condiloma acuminado (Verrugas venéreas, condiloma venéreo): Lesión papilomatosa-verrucosa, más comunes entre la 2da. y 5ta. década de vida, Etiología viral: PVH tipos 6, 11, 16 y 18, algunos otros tipos se han detectado en menor porcentaje, Transmisión venérea o autoinoculación de lesiones genitales, Localización: Más comúnmente mucosa labial, lengua, paladar anterior, Características clínicas: Lesiones asintomáticas, bien delimitadas, exofíticas, dactiliformes, más grande que el papiloma oral escamoso y las verrugas vulgares intraorales, color rojo, rosa o del color normal de la mucosa. Habitualmente son múltiples. **Diagnostico Histopatológico:** Similar a las lesiones por papiloma virus humano. **Molecular:** Se puede realizar hibridación in situ, PCR. **Tratamiento, pronóstico y factores predictivos:** Se elimina con una excisión simple, ablación con láser o criocirugía, Alto riesgo de recurrencia, Transformación maligna en la región ano-genital (PVH alto riesgo), El observarlo en pacientes pediátricos son indicativos de abuso sexual. **Conclusiones:** Existen enfermedades venéreas de manifestación oral, es necesario conocerlas para el buen diagnóstico de ellas y un buen tratamiento.

## 6LiCO

**MIOFIBROMA: REPORTE DE UN CASO**

Miguel Padilla Rosas.

Profesor de asignatura, Departamento de microbiología y patología, CUCS, Universidad de Guadalajara.

**Introducción:** Se presenta un caso clínico de un aumento de volumen en la zona anterior del maxilar. **Presentación del caso:** Paciente masculino, 15 años de edad, soltero, nacido y residente de Guadalajara, refiriendo que "Tiene una bola en la encía que creció rápido y le separó los dientes", Clínicamente se observa una estomatosis constituida por una neoplasia de 3 meses de evolución, asintomática, firme, superficie lobular, color rojo, pediculada, que ha ocasionado el desplazamiento de los órganos dentales centrales, Descripción radiográfica. **Diagnóstico diferencial** Granuloma Piógeno, Granuloma central de células gigantes, Neoplasia benigna mesenquimática, Neoplasia maligna



mesenquimática. Plan de tratamiento: Biopsia excisional, extracción de órganos dentales y confirmación histopatológica. **Discusión:** Miofibroma es una neoplasia de células fusiformes consistentes a miofibroblastos. Tales células no son específicas para esta lesión, porque ellos también pueden ser identificados en otras neoplasias fibrosas. El tumor tiene una predilección para la cabeza y el cuello, seguido del tronco y extremidades. La mayor parte de miofibromas ocurre como lesiones solitarias, pero algunos pacientes desarrollan un tumor multicéntrico, conocido como Miofibromatosis. La ubicación oral más común es la mandíbula, seguido de la lengua y mucosa bucal. El tumor es típicamente una masa indolora que a veces crece de manera rápida. Tumores intraósea son radiolúcidos que por lo general tienden a ser mal definidos, aunque algunos pueden ser definidos o multilocular. Tratamiento y pronóstico Los Miofibromas solitario por lo general es tratado escisión quirúrgica. Un pequeño porcentaje de tumores recidivan después del tratamiento. La regresión espontánea puede ocurrir en algunos casos. Tumores multifocales que surgen en tejidos blandos y duros, raras veces regresan después de la escisión quirúrgica.



# INVESTIGACIÓN

## CATEGORÍA: ESTUDIANTE DE POSGRADO Y LIBRE MODALIDAD: PRESENTACIÓN ORAL

### 1PIO

#### COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE ADN OBTENIDOS EN CEPILLADOS CITOLÓGICOS DE LA MUCOSA BUCAL Y OROFARÍNGEA EN PACIENTES CON VIH/SIDA.

Itzel Castillejos García<sup>1</sup>, Gabriela Anaya-Saavedra<sup>1</sup>, Velia Ramírez-Amador<sup>1</sup>,  
Miriam Guido Jiménez<sup>2,3</sup>, Alejandro García Carrancá<sup>2,3</sup>, Verónica Gasga  
Tapia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Especialización y Maestría en Patología y Medicina Bucal, Universidad  
Autónoma Metropolitana-Xochimilco; <sup>2</sup>Unidad de Virus y Cáncer, Instituto  
Nacional de Cancerología; <sup>3</sup>Instituto de Investigaciones Biomédicas,  
Universidad Nacional Autónoma de México. Mexico D.F

**Introducción:** El cepillado citológico es una herramienta con gran sensibilidad, útil para la obtención de ADN. En mucosa bucal y orofaríngea se utiliza para identificar microorganismos, incluyendo el VPH, infección frecuente en pacientes con VIH/SIDA. **Objetivo:** Comparar la cantidad de ADN obtenido a partir de cepillados citológicos de mucosa bucal y orofaríngea en pacientes con VIH/SIDA, y su asociación con variables clínicas. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, transversal y descriptivo, que incluyó pacientes con VIH/SIDA de la Clínica Especializada Condesa (junio-agosto de 2014). Se tomaron cepillados citológicos de mucosa bucal y orofaríngea, se introdujeron en 5 ml de solución preservadora (PreservCyt®). Se realizó la extracción de ADN (WizardGenomicDNAPurification®); se cuantificó mediante espectrofotometría de luz (Nanodrop®). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v.22. **Resultados:** Se incluyeron 38 pacientes (86.4% hombres) con una mediana de edad de 39 (19-70) años y una mediana de linfocitos T-CD4+ de 311 (140-517) cels/ml. El 38% tenía CV-VIH indetectable y el resto una mediana de 142964 (8189.8-466870.0) copias/ml. El 5.2% (n=2) tenía LB-VPH y ninguno lesiones en orofaríngea. La mediana de ADN en las muestras de mucosa orofaríngea fue mayor (88.20ng/μl, Q<sub>1</sub>-Q<sub>3</sub>, 39.36-254.32) que en las de mucosa bucal (43.68ng/μl, Q<sub>1</sub>-Q<sub>3</sub>, 19.07-98.9) (p=0.003). La mediana del conteo celular de mucosa orofaríngea fue mayor (460000 cels/ml) que en las de mucosa bucal (380000 cels/ml) (p=0.007). La correlación entre la cuantificación de células y ADN de cada muestra presentó diferencia estadísticamente significativa (p=0.013). Sin asociación con ninguna variable clínica. **Discusión:** La mayor cantidad de células y ADN obtenido en las muestras de orofaríngea en este estudio sugiere que la mayor frecuencia de infección por VPH en esta zona, depende de la presencia a largo plazo del VPH y de su accesibilidad por las características del epitelio. **Conclusión:** El conocimiento de las características del epitelio y del ambiente biológico de cada subsitio anatómico son importantes para entender la patogénesis y la prevalencia de la infección por VPH bucal.



## 2PIO

**INHIBICIÓN DEL ESTRÉS OXIDANTE, ERIPTÓSIS Y CAMBIOS MORFOLÓGICOS EN EL ERITROCITO HUMANO, POR ACCIÓN DE ANTIOXIDANTES NATURALES.**

**Banderas-Tarabay José Antonio**<sup>1,2</sup>, Cervantes-Rodríguez Margarita<sup>1</sup>, Grada-Cuauhtenzi Miriam<sup>1</sup>, Espindola-Lozano Marlen<sup>1</sup> y Méndez-Iturbide Daniel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Laboratorio de Química de Alimentos, Facultad de Nutrición y Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Tlaxcala.

<sup>2</sup>Doctorado en Ciencias Biológicas, Centro Tlaxcala de Biología de la Conducta (CTBC), Universidad Autónoma de Tlaxcala. Tlaxcala, México

**Introducción:** El estrés oxidante induce cambios morfológicos y reológicos en el eritrocito, relacionado a diferentes enfermedades sistémicas y bucales, como anemias, gingivitis y cáncer bucal. Los radicales libres al producir lipoperoxidación de la membrana celular y carbonilación de proteínas del citoesqueleto, generan fenómenos que aceleran los procesos de crenación y eriptosis, relacionados con la muerte celular. Los antioxidantes en frutas y vegetales son capaces de inhibir el estrés oxidante debido a su contenido en flavonoides y carotenoides. **Objetivo:** Determinar si los extractos de acetona de C. mexicana inhiben la lipoperoxidación y carbonilación por estrés oxidante causado por el pro-oxidante FeSO<sub>4</sub> en el eritrocito in vitro y ex vivo. **Material y métodos:** La inhibición del daño oxidativo fue determinado por la técnica de TBARS; las alteraciones morfológicas, cinéticas y reológicas, con de citometría de flujo y microscopía de luz; el daño a proteínas del citoesqueleto por medio de electroforesis. **Resultados:** El contenido de polifenoles y carotenoides en el extracto fue de 2.65 ± 0.23 mg/g, y 26.4 ± 0.02 µg/g respectivamente. La inhibición de la lipoperoxidación por TBARS fue de 37.23% a 2.5 mg/mL. El extracto retardó las alteraciones morfológicas, la crenación, formación de equinocitos, espinocitos, esquistocitos, hemólisis y la eriptosis del eritrocito observadas al microscopio in vitro y ex vivo. El patrón de las bandas por electroforesis, mostró una protección a las proteínas de membrana hasta por 28 días. **Conclusión:** El extracto de acetona de C. mexicana es capaz de proteger al eritrocito contra el daño oxidativo, actuando como un potente antioxidante. Su uso nutraceutico podría utilizarse para prevenir y tratar enfermedades sistémicas y bucales.

## 3PIO

**ESPECTRO CLÍNICO-PATOLÓGICO DE LAS LESIONES BUCALES ASOCIADAS AL VPH EN PACIENTES CON VIH/SIDA**

**Selik Arturo Camacho Aguilar**,<sup>1</sup> Gabriela Anaya Saavedra,<sup>1</sup> Velia Ramírez Amador,<sup>2,3</sup> Miriam Guido Jiménez,<sup>2,3</sup> Alejandro García Carrancá

<sup>1</sup>Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. México, D.F.; <sup>2</sup>Unidad de Virus y Cáncer, Instituto de Investigaciones Biomédicas, UNAM. México, D.F.; <sup>3</sup>Instituto Nacional de Cancerología (INCan). México, D.F.

**Introducción:** Las lesiones bucales asociadas al virus del papiloma humano (LB-VPH) forman parte del espectro clínico de la infección por VIH/SIDA, sus características clínicas e histopatológicas pueden ser variables en los pacientes con inmunosupresión. **Objetivo:** Describir las características demográficas y clínico-patológicas de las LB-VPH en un grupo de pacientes con VIH/SIDA. **Material y métodos:** Estudio transversal, observacional y descriptivo. Se incluyeron pacientes de tres centros de referencia del DF (09/2013-07/2014) con LB-VPH, se diagnosticaron de acuerdo a criterios clínicos e histopatológicos preestablecidos. El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS v.15. **Resultados:** Se incluyeron 14 pacientes (93% hombres), mediana de edad de 34 años (Q<sub>1</sub>-Q<sub>3</sub>, 27-44), 85.7% hombres que tienen sexo con hombres; 8 (57.1%) en etapa clínica de SIDA, y 13 (92.8%) con terapia antirretroviral altamente activa (TARAA) (mediana uso: 529 [86-4975] días). La mediana de CD4+ fue de 440.5 céls/µL; 64.3% tenían CV-VIH indetectable. La lesión más frecuente fue la HEM (hiperplasia epitelial multifocal) (42.9%), seguida del papiloma escamocelular (PEC) (28.6%), verruga vulgar (VV) (21.4%) y la combinación de HEM y VV (7.1%). Los sitios más frecuentes fueron



lengua y mucosa yugal (4 [28.6%], cada uno). En algunas de las LB-VPH se observaron características histopatológicas compartidas, particularmente entre el PEC y la VV. **Discusión:** Las LV-VPH identificadas corresponden a las descripciones previas, siendo la HEM y el PEC las lesiones más frecuentes. Las LB-VPH se identificaron en áreas de la mucosa bucal sometidas a traumatismo, de manera similar a lo reportado en múltiples trabajos. **Conclusiones:** El correcto diagnóstico de las LB-VPH requiere de la correlación clínico-patológica, ya que en ocasiones, particularmente en el contexto de la inmunosupresión, las LB-VPH pueden compartir características clínicas y/o histopatológicas.

4PIO

### COLONIZACIÓN E INFECCIÓN POR *Candida* SP. AISLADA EN LA MUCOSA BUCAL DE PACIENTES CON VIH/SIDA.

Martha Estela García Sánchez<sup>1</sup>, Velia Ramírez Amador<sup>1</sup>, Gabriela Anaya Saavedra<sup>1</sup>, Luis Octavio Sánchez Vargas<sup>2</sup>, Brenda Crabtree Ramírez<sup>3</sup>, Alejandro Mendoza Juache<sup>1</sup>, Juan Sierra Madero<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Especialización y Maestría en Patología y Medicina Bucal, UAM-Xochimilco.

<sup>2</sup>Laboratorio de Microbiología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

<sup>3</sup>Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de Nutrición "Salvador Zubirán" (INCMNSZ).

**Introducción:** La candidosis bucal (CB) es la infección fúngica oportunista más común en los pacientes con VIH/SIDA, siendo *Candida albicans* (*C. albicans*) la especie más frecuentemente identificada seguida por *Candida glabrata* y *Candida dubliniensis*. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de colonización, infección por especies de *Candida* en la mucosa bucal de pacientes con VIH/SIDA y su asociación con las características clínicas y de laboratorio. **Material y Métodos:** Estudio transversal, observacional y analítico. Se incluyeron pacientes con VIH+/SIDA que acudieron a la Clínica Especializada Condesa y al INCMNSZ (enero-mayo 2014). Previo consentimiento informado, se obtuvieron datos demográficos y clínicos (expediente clínico), cuantificación de flujo salival, examen bucal y muestra de saliva (enjuague bucal con solución salina e hisopado de dorso de lengua, mucosa yugal y paladar). Las muestras se sembraron en Agar Dextrosa Sabouraud (ADS) y se incubaron (48h/36°C). Se registró positividad, características macroscópicas y unidades formadoras de colonias (UFC) para su posterior siembra en medio cromogénico para determinar la especie. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 15. **Resultados:** Se incluyeron 120 pacientes (91% hombres), mediana de edad: 40 (34-47) años, el 10.8% (13/120) presentó signos clínicos de CB; en los cultivos ADS, se observó crecimiento en 39% (17.5% colonización y 21.6% infección). El 80% de las especies fueron *C. albicans*, seguida por *C. glabrata* (11%). En 18 (15%) pacientes se identificó infección subclínica. **Conclusión:** En pacientes con VIH/SIDA la especie más frecuente continúa siendo *C. albicans* con proporciones similares tanto en colonización como en infección, seguida de *C. glabrata* presentándose únicamente en colonización

5PIO

### SUSCEPTIBILIDAD ANTIFÚNGICA EN AISLAMIENTOS BUCALES DE *CANDIDA* spp. PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Martha Jessica Olalde Hernández<sup>1</sup>, Juan Alejandro Mendoza Juache<sup>2</sup>, M Esther Irigoyen Camacho, Luis Octavio Sánchez Vargas<sup>2</sup>, Saray Aranda,

**Introducción.** El paciente con insuficiencia renal crónica (IRC) presenta manifestaciones sistémicas y bucales que predisponen a la colonización por *Candida* spp, candidiasis bucal (CB) e infecciones fúngicas diseminadas. Se ha reportado que *C. albicans* en la mucosa bucal (MB) de pacientes inmunocomprometidos presenta hasta 19% resistencia a antifúngicos azólicos. **Objetivo.** Determinar la resistencia a antifúngicos azólicos y polienos en aislamientos de la MB de pacientes con IRC



Arnoldo Mondragón Padilla<sup>3</sup>, Estela de la Rosa García<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Especialización y Maestría en Patología y Medicina Bucal, UAM-Xochimilco.

<sup>2</sup>Laboratorio de Microbiología y Patología Bucal, Universidad Autónoma de SLP

<sup>3</sup>Clínica de Especialidades y Centro de Cirugía Simplificada ISSSTE, San Luis Potosí.

colonizados e infectados por *Candida* spp. **Método.** Estudio transversal y analítico. Se incluyeron pacientes con IRC en hemodiálisis del ISSSTE, SLP. Los datos clínicos se recabaron de los expedientes. Previo consentimiento informado, se tomó una muestra de la MB para identificar la especie de *Cándida* por cultivo en CHROMagar, la candidiasis se confirmó por citología exfoliativa teñida con PAS. Las pruebas de sensibilidad antifúngica se realizaron mediante discos de difusión de nistatina, fluconazol, miconazol y voriconazol. Las asociaciones se efectuaron mediante la prueba de  $\chi^2$  considerando significancia cuando  $p < 0.05$ . **Resultados.** Se incluyeron 75 pacientes (55% hombres), edad mediana de 61 años. El 57% diabéticos; 31% informaron fumar e ingerir alcohol, 35% usaba prótesis removible. Se identificó colonización en 52 (69.3%) y 15 (20%) presentaron CB. *C. albicans* se observó en 58%; en 27% se identificaron especies múltiples. De 33 aislamientos, más de 70% fueron resistentes a fluconazol, miconazol y voriconazol; y para nistatina fue 14.3%. Hubo asociación entre colonización y tabaquismo ( $p=0.008$ ); y uso de prótesis ( $p=0.0001$ ). La CB mostró asociación con tabaquismo ( $P=0.020$ ) y uso de prótesis ( $p=0.003$ ). **Discusión:** La resistencia a antifúngicos azólicos identificada fue mayor (70%) a lo reportado por otros autores en pacientes con VIH/SIDA. Para los polienos, la frecuencia de resistencia fue similar a otros estudios; menor al 25%. **Conclusiones.** La resistencia a antifúngicos azólicos, especialmente fluconazol, fue alta en contraste a la resistencia identificada en polienos.

## 6PIO

### FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE LESIONES BUCALES EN PACIENTES CON LEUCEMIA AGUDA BAJO QUIMIOTERAPIA.

José Gabriel Zambrano<sup>1</sup>, Velia Ramírez-Amador<sup>1</sup>, Gabriela Anaya-Saavedra<sup>1</sup>, Karla Terreros-Ortiz<sup>1</sup>, Alejandro Zentella-Dehesa<sup>2</sup>, Ana Florencia Ramírez Ibargüen<sup>3</sup>, Juan R. Labardini Méndez<sup>3</sup>, Sergio Ponce de León<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Especialización y Maestría en Patología y Medicina Bucal, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco; <sup>2</sup>Departamento de Medicina Genómica y Toxicología Ambiental, Instituto de Investigaciones Biomédicas, UNAM y Unidad de Bioquímica, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" <sup>3</sup>Departamento de Hematología. Instituto Nacional de Cancerología, <sup>4</sup>Unidad de Epidemiología Clínica, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".

**Introducción:** La leucemia aguda (LA) es una neoplasia maligna que cursa con inmunosupresión. El tratamiento en la primera fase se basa en altas dosis de quimioterapéuticos. Lo anterior favorece el desarrollo de lesiones bucales (LB) como candidiasis (CB), infección por el virus del herpes simple (IVHS) y mucositis (MB), causando intensa sintomatología, pudiendo interferir con la alimentación y la quimioterapia. **Objetivo:** Identificar los factores de riesgo asociados con el desarrollo de LB en pacientes con LA durante la quimioterapia de inducción. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, longitudinal y analítico, que incluyó pacientes >15 años con LA que inician quimioterapia en el Instituto Nacional de Cancerología (México) y que aceptaron participar en el estudio. Se registraron datos demográficos y se realizó el examen bucal en las visitas basal, 3, 6 y 7. El análisis estadístico se realizó en el programa STATA 9.2, utilizando las pruebas exacta de Fisher y suma de rangos, con un nivel alfa de 0.05%. **Resultados:** Se incluyeron 32 pacientes con LA, 22 (68.8%) del sexo masculino, con una mediana de edad de 25.5 ( $Q_1$ - $Q_3$ :21-53) años. Doce (37.5%) participantes desarrollaron lesiones bucales, siendo la más frecuente la CB (4/12.5%), seguida por MB e IVHS (3/9.4%) cada una. Dos pacientes presentaron CB e IVHS simultáneamente (6.2%). Los pacientes que desarrollaron LB presentaron valores basales de leucocitos y linfocitos inferiores a los que no las desarrollaron, sin significancia estadística. También mostraron niveles de albúmina más bajos en la visita



7PIO

### COMPARACIÓN DE PARÁMETROS CLÍNICOS ENTRE AMELOBLASTOMAS CON DIFERENTE NIVEL DE INFILTRADO INFLAMATORIO

Rebeca Guzman-Medrano,<sup>1</sup> Rocío Arreola Rosales,<sup>2</sup> Mineko Shibayama,<sup>3</sup> Mario Rodríguez Rodríguez.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Laboratorio de Ciencias Básicas, Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Chihuahua. <sup>2</sup>Departamento de Anatomía Patológica, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI; <sup>3</sup>Departamento de Infectómica y Patogénesis Molecular, Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del I.P.N. Instituto Politécnico Nacional

siete (P=0.05). **Discusión:** Estudios previos reportan disminución de los niveles de albúmina sérica en pacientes con LB, debido a la inflamación e inadecuada alimentación. **Conclusión:** La cuenta de leucocitos y sus fracciones no tienen significado pronóstico para LB en pacientes con LA. La albúmina baja al final del seguimiento puede deberse a la respuesta inflamatoria y a la baja ingesta nutrimental.

**Introducción:** El ameloblastoma es una neoplasia odontogénica que exhibe grados de agresividad variables. Diversos factores parecen incrementar esta agresividad. Nosotros hemos sugerido que la densidad de los macrófagos asociados a este tumor varía en cada forma clínica y podría modular su conducta. Sin embargo, los estudios sobre células inflamatorias en tumores odontogénicos son escasos. **Objetivo:** El objetivo de este trabajo fue comparar las características clínicas de casos de ameloblastomas con diferencias densitométricas en el infiltrado inflamatorio total. **Material y Métodos:** Las densidades del infiltrado inflamatorio total en 45 ameloblastomas se promediaron obteniéndose la media densitométrica de todos los casos. Esta media densitométrica permitió clasificar los ameloblastomas en tumores con Alto Infiltrado Inflamatorio y con Bajo Infiltrado Inflamatorio según si mostraban densidades mayores o menores que el promedio de todos los casos, respectivamente. Entre estos dos grupos, edad y género del paciente y localización, tamaño, variante clínica y patrón histológico tumoral se compararon. **Resultados:** Diferencias significativas en la distribución por edad, género, variante clínica, patrón histológico y localización entre tumores con alto y tumores con bajo infiltrado (P<0.05) y una correlación positiva entre densidad inflamatoria y tamaño tumoral (r=0.8677), se detectaron en nuestros casos. **Discusión:** Previamente, describimos diferencias densitométricas significativas en los macrófagos asociados al tumor entre distintas variantes clínicas de ameloblastoma. Aquí, encontramos diferencias también en el infiltrado global entre estos tipos del tumor. Además, diferencias en la edad se señalan entre formas distintas del ameloblastoma. Similarmente, neoplasias con diferente nivel inflamatorio mostraron diferencias significativas en edad y, también, en otras características clínicas como género del paciente, tamaño, localización variante clínica del tumor. **Conclusiones:** Nuestros resultados sugieren que el nivel del infiltrado inflamatorio asociado a ameloblastomas se relaciona con características clínicas específicas pudiendo modular la conducta biológica heterogénea de estos tumores.

8PIO

### DETERMINACIÓN DE LA EXPRESIÓN DEL ARNm DE LOS GENES BORIS Y CTCF EN DIFERENTES LESIONES DE CAVIDAD BUCAL.

**Introducción:** La mayoría de las lesiones de cavidad bucal (CB) presentan un comportamiento benigno; el mecanismo por el cual algunas llegan a ser malignas aún no está claro. CTCF es un gen supresor de tumores, cuya proteína participa en la regulación de la estructura del genoma. BORIS es un gen parálogo de CTCF que



**Graciela Zambrano-Galván**<sup>1,2</sup>, Oscar Eduardo Almeda-Ojeda<sup>2</sup>, Obed Lemus-Rojero<sup>3</sup>, Jesús Oscar Reyes-Escalera<sup>2</sup>, Miguel Arturo Reyes-Romero<sup>2</sup>, Roberto Ávila-Valdez.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Investigación. Laboratorio de Estomatología Molecular. Facultad de Odontología. Universidad Juárez del Estado de Durango.

<sup>2</sup>Maestría en Ciencias Estomatológicas. Departamento de Investigación. Facultad de Odontología. Universidad Juárez del Estado de Durango.

<sup>3</sup>Facultad de Odontología. Universidad Autónoma de Zacatecas.

promueve inmortalización y crecimiento celular, normalmente silenciado en células somáticas, pero se ha encontrado expresado en algunos tipos de cáncer. No existe información acerca de la expresión de BORIS en lesiones benignas de cavidad bucal.

**Objetivo:** Determinar la expresión del ARNm de los genes BORIS y CTCF en diferentes lesiones de CB. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de cortes histológicos de biopsia excisional de mucosa alveolar incluidas en parafina de muestras con diagnóstico de fibroodontoma ameloblástico (FOA), quiste dentígero (QD), tumor adenomatoide (ADAME), granuloma central de células gigantes (GCGG) y granuloma periférico de células gigantes (GPCGVN). El ARN total fue obtenido con QuickExtract™ FFPE RNA Extraction Kit, y la síntesis de cDNA con iScript cDNA Synthesis Kit™. La expresión de los genes BORIS, CTCF y GAPDH (normalizador) se realizaron por qPCR con reactivos QuantiTect Primer Assay y QuantiTect SYBR Green PCR system. **Resultados:** Los resultados obtenidos de la expresión de CTCF fueron de 14.89, 5.45, 4.97 3.94 veces el valor de la expresión GAPDH para FOA, QD, ADAME y GPCG respectivamente. En ningún caso se encontró expresión de BORIS. **Conclusiones.-** La expresión de CTCF puede estar asociada a mecanismos moleculares que intervienen en la función normal de las células de CB, y la arquitectura de la cromatina. Los resultados sugieren que BORIS no se expresa en lesiones benignas de CB; por lo que se ameritan mayores estudios para dilucidar mecanismos moleculares participantes en la progresión hacia la malignidad.

## 9PIO

### PERCEPCIONES DE ODONTÓLOGOS SOBRE SU CAPACIDAD PARA DIAGNOSTICAR LESIONES BUCALES ASOCIADAS CON LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA

**López-Cámara V**<sup>1</sup>, Velia Ramírez-Amador<sup>2</sup>, Gabriela Anaya-Saavedra<sup>2</sup>, Joscelyn Dejanira Morales Berber<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. <sup>2</sup>Especialización y Maestría en Patología y Medicina bucal, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. <sup>3</sup>Pasante en Servicio Social

**Introducción:** A 30 años del inicio de la epidemia de SIDA, las lesiones bucales asociadas al VIH (LB-VIH), continúan siendo un problema común, mundialmente su frecuencia ha sido reportada hasta un 79%. En la ciudad de México la frecuencia encontrada de LB-VIH en dos centros de referencia de VIH/SIDA varía de 33% a 54.3%. **Objetivo:** Obtener información de una muestra de odontólogos de la ciudad de México sobre si su práctica incluye acciones para detectar VIH y referencia hacia otros profesionales. **Materiales y métodos:** Estudio transversal observacional y analítico, en una muestra de conveniencia de odontólogos de práctica privada en el DF. Se aplicaron cuestionarios de auto-llenado. **Resultados:** Se incluyeron 374 dentistas (198/52.4% hombres), con una mediana de edad de 38 años. El 80.4% (304) eran egresados de universidades públicas, 161 (43%) egresados después del año 2000. El 53.1% tenían estudios de posgrado. El 95% (359) refirieron haber recibido al menos un curso de VIH, 223 (59%) calificaron como muy buena/buena su formación en licenciatura sobre los aspectos de VIH. El 77% (291) manifestaron ser capaces de reconocer las manifestaciones bucales del VIH, solo 94 (24.9%) refirieron haber remitido pacientes para la prueba diagnóstica de VIH y 63 (16.7%) han atendido pacientes con VIH/SIDA en los últimos tres años. La mayor parte de los entrevistados (632/96.8%) mencionaron realizar examen de tejidos blandos, independientemente de los años de egreso de la licenciatura y los estudios de posgrado ( $p=0.239$ ) o los



años de egreso ( $p=0.756$ ). **Conclusiones:** Se requiere insistir en la importancia de formar odontólogos, tanto a nivel de licenciatura como de posgrado, para que realicen sistemáticamente exámenes para detectar oportunamente síntomas bucales del VIH. Las escuelas y facultades de odontología del país tienen una gran responsabilidad en este sentido.

## 10PIO

### EFECTO DE c-Met y MUC1 EN LA PROLIFERACIÓN CELULAR Y EXPRESIÓN DE MOLÉCULAS DE ADHESIÓN EN EL CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS ORAL *in vitro*

Claudio Viveros Amador<sup>1</sup>, Juan Carlos Hernández Guerrero<sup>1</sup>, Cristina Trejo Solís<sup>2</sup>, María Dolores Jiménez Farfán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Laboratorio de Inmunología, DEPeI, Facultad de Odontología, UNAM.

<sup>2</sup>Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, SSA.

En algunos carcinomas se ha observado que la proliferación, apoptosis y metástasis están relacionadas con la expresión de mucinas y receptores tirosina cinasa. Particularmente en el estudio de la metástasis, la evaluación de las claudinas, cadherinas e integrinas ha sido relevante. Algunos receptores tirosina cinasa participan en la regulación de estas moléculas. **Objetivo:** Determinar el efecto de la inhibición farmacológica de MUC1 y c-Met sobre la proliferación e invasión en el carcinoma de células escamosas oral *in vitro*. **Metodología:** Se emplearon los inhibidores SU11274 (c-Met<sub>i</sub>) y GO-201 (MUC1<sub>i</sub>) en las líneas celulares Cal27 y A253. Se realizaron ensayos de MTT para determinar el efecto sobre la viabilidad celular. Se evaluaron mediante W. blot e inmunocitoquímica las moléculas Ki67, Claudina 1, 3 y 9, E-cadherina, MMP2 y MMP9. Se determinó la actividad de metaloproteasas mediante zimografía. **Resultados:** La inhibición de MUC1 y c-Met no mostró efecto sobre la proliferación celular, pero sí en las claudinas, en las que la expresión y localización en citoplasma y núcleo fue atípica. Asimismo la actividad de MMP2 y MMP9 se mostró alterada. **Conclusiones:** Los resultados sugieren que MUC1 y c-Met no participan en la regulación de la proliferación, sino que preferentemente se relacionan con su capacidad invasiva mediante la desregulación en la expresión de las claudinas y la actividad de metaloproteasas. Estudio parcialmente financiado por PAPIIT 217912-3 y CONACyT 167474.

## CATEGORÍA: ESTUDIANTE DE LICENCIATURA MODALIDAD: PRESENTACIÓN ORAL

## 1L1O

### INFLAMACIÓN CRÓNICA GRANULOMATOSA ASOCIADA A MICOBACTERIAS

Yamely Ruiz Vázquez, Felipe de Jesús García León, Beatriz Catalina Aldape Barrios.

Facultad de Odontología UNAM, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

**Introducción:** Las enfermedades causadas por Mycobacterium avium y Mycobacterium tuberculosis representan las principales infecciones asociadas a esta especie bacteriana. La tuberculosis, causada por M. tuberculosis, es una enfermedad infecciosa cuyo contagio se da principalmente por aerosoles (saliva) entre individuos. La bacteria entra al organismo a través del tracto respiratorio donde ocasiona la infección primaria y causa la formación de granulomas y calcificaciones pulmonares. Después, el microorganismo sigue un largo periodo de latencia, que puede reactivarse. Los síntomas son tos, expectoración, hemoptisis y debilidad. Sin embargo, la bacteria se puede diseminar vía hematogena o linfática afectando orofaringe y



estructuras maxilofaciales. La presentación clínica más frecuente en cavidad bucal es la presencia de úlcera, solitaria o múltiple, asintomática o dolorosa, de bordes indurados e irregulares con márgenes poco definidos o circunscritos. Los sitios de predilección son lengua y paladar, pero puede aparecer en encía y mucosa bucal. **Objetivo:** Determinar la especie de Mycobacterium involucrada en casos diagnosticados como Tuberculosis. **Materiales y Métodos:** Se revisan los casos diagnosticados como Tuberculosis, y se realizan estudios de inmunofluorescencia rodamina-auramina y Ziehl-Neelsen. **Resultados:** No en todos los casos previamente diagnosticados como Tuberculosis visto en tinción Hematoxilina y Eosina, el microorganismo asociado fue Mycobacterium tuberculosis, esto debido a la presencia de otras bacterias atípicas. **Discusión:** Aparte de Mycobacterium tuberculosis hay otras especies como Mycobacterium avium, M. kansasii, M. leprae, M. bovis, M. africanum y M. microti; que ocasionan formación de granulomas y dan manifestaciones bucales que clínica e histopatológicamente con tinción Hematoxilina y Eosina, pueden ser confundidas con Tuberculosis. **Conclusiones:** El patólogo bucal no debe emitir resultado histopatológico de Tuberculosis sin antes haberse ayudado de inmunofluorescencia, tinciones especiales o cultivo de la bacteria, ya que existen otras bacterias atípicas que pueden formar granulomas. Se sugiere colocar como resultado "Inflamación crónica granulomatosa asociada a Micobacterias".

## 2L10

### MICRONÚCLEOS EN CÉLULAS DE LA MUCOSA ORAL (BMCyt) DE ENFERMERAS EXPUESTAS LABORALMENTE A MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS.

Héctor Martínez Campos<sup>1</sup>, Ma. Lilia A. Alcántar Zavala<sup>2</sup> y Elia Roldán Reyes<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Laboratorio de Citogenética y Mutagénesis, FES-Zaragoza, UNAM.

<sup>2</sup>Estudiante del Doctorado en Ciencias de Enfermería, Universidad de Guanajuato.

El cáncer es la principal causa de muerte en países desarrollados y la segunda de países en desarrollo. Debido al envejecimiento y crecimiento poblacional, así como a los estilos de vida; generando la necesidad de producir tratamientos medicamentosos para este problema. Existen diferentes medicamentos según su modo de acción: agentes alquilantes, antimetabolitos, generadores de radicales libres, antibióticos, inhibidores mitóticos y misceláneos. Interactúan con el ADN o sus precursores, inhibiendo la síntesis y/o causando daños irreparables. Durante el tratamiento, las células no tumorales son dañadas debido al modo de acción no selectivo, provocan efectos severos sobre tejidos en constante proliferación; poseen efectos tóxicos: carcinogenicidad, mutagenicidad y teratogenicidad; afectan también al personal encargado de su manipulación. Un ensayo mediante el cual se reconocen células expuestas a sustancias genotóxicas es el de micronúcleos en células exfoliadas de la mucosa bucal (BMCyt). Detecta micronúcleos que son el reflejo de alteraciones cromosómicas. Más del 90% de los cánceres son de origen epitelial, el BMCyt puede monitorear eventos genotóxicos como resultado de exposición. El objetivo fue evaluar mediante el BMCyt, si la exposición ocupacional a agentes antineoplásicos causa efectos genotóxico, citotóxico y/o citostático en personal de enfermería. Los grupos fueron integrados por 100 enfermeras expuestas y 40 no expuestas. Se aplicó "t" de Student a las frecuencias de células con Yemas Nucleares (NBUD), Micronucleos (MN), Cromatina Condensada, Cariorrexis, Picnosis y Cariolisis; y Células Binucleadas. El



incremento significativo ( $p < 0.05$ ) de NBUD es evidencia de procesos de amplificaciones génicas y/o reparación celular constantes; así como el aumento significativo ( $p < 0.05$ ) de las células con cromatina condensada y picnosis (apoptosis), y el de la células binucleadas (falla en la citocinesis), confirman la genotoxicidad, citotoxicidad y citostaticidad provocadas por la exposición laboral a antineoplásicos. Por lo que es importante incentivar el autocuidado al manejar este tipo de medicamentos.

3LIO

**DETERMINACIÓN DE LA SENSIBILIDAD DE ESPECIES DE Candida AISLADAS DE PRÓTESIS DENTALES, A UNA SOLUCIÓN DE NANOPARTÍCULAS DE PLATA.**

Juan Alejandro Mendoza Juache<sup>1</sup>, Carolina Cortes Ortega<sup>1</sup>, Jorge Eduardo Avilés González<sup>2</sup>, Saray Aranda Romo<sup>1</sup>, Luis Octavio Sánchez Vargas<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Laboratorio de bioquímica, microbiología y patología bucal, de la Facultad de Estomatología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

<sup>2</sup> Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara.

**Introducción:** Las prótesis dentales (PD) son fácilmente colonizadas por Candida favoreciendo el desarrollo de estomatitis protésica (EP), es necesario utilizar sustancias para la higiene de la prótesis con acción antimicótica sin dañar la estructura de la prótesis. Se ha demostrado previamente que las nanopartículas de plata (AgNp) tienen una acción antimicótica. **Objetivo:** Determinar la eficacia de AgNp para inhibir el crecimiento in vitro de especies de Candida provenientes de PD. **Material y Métodos:** Estudio experimental in vitro, en el cual se incluyeron 43 aislamientos clínicos de candida y sus especies, provenientes de PD. Los aislamientos fueron expuestos a diferentes concentraciones de AgNp. Para la determinación de los perfiles de sensibilidad, se utilizó la metodología de microdiluciones del CLSI expuesta en el documento M27-A3, como estándar se utilizó fluconazol. El análisis de resultados para las concentraciones mínimas inhibitorias (MIC) se hizo mediante estadística descriptiva. **Resultados:** La media de la MIC50 de AgNp para: C. albicans fue de 2.34 ug/ml, C. tropicalis 2.61, C. glabrata 1.52 y Candida spp. 2.61. La MIC 90 solo la alcanzaron 4 cepas (2 C.albicans, 1 C. glabrata, 1 C. tropicalis) a una concentración de 0.63 ug/ml. La media de la MIC 50 de Fluconazol fue de 7.05 ug/ml para C. albicans, 5.236 ug/ml para C. tropicalis, 14.2 ug/ml para C. glabrata, y 13.3 ug/ml para Candida spp. Ninguna concentración alcanzo la MIC90 ya que fluconazol es fungistático. Además se obtuvo una tasa de resistencia a fluconazol del 32.5% del total de los aislamientos tomados. **Discusión:** Las AgNp muestran una acción fungistática similar al fluconazol, con muy poca resistencia. Proponemos a las nanopartículas de plata como una alternativa para la higiene de las PD. **Conclusiones:** Las AgNp muestran una acción fungistática y en menor proporción fungicida in vitro sobre los aislamientos de Candida provenientes de PD.

4LIO

**COMPARACIÓN CLÍNICA Y DE INMUNOEXPRESIÓN DE CD68 ENTRE LESIÓN CENTRAL Y PERIFÉRICA DE CÉLULAS GIGANTES DE LOS MAXILARES**

Eduardo Chávez Yáñez<sup>1</sup>, Nancy Noya Maíz<sup>2</sup>, Estela de la Rosa García<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Licenciatura en Estomatología, UAM-Xochimilco

**Introducción:** Las lesiones central (LCCG) y periférica (LPCG) de células gigantes están histológicamente constituidas por células gigantes multinucleadas (CGMs), células mesenquimales ovoideas, fusiformes, proliferación vascular. Tienen diferente origen y comportamiento clínico. Se ha descrito que las CGMs son inmunoreactivas para CD68. –macrófagos- **Objetivo:** Comparar la frecuencia de inmunexpresión de receptores para CD68 en las CGMs de LCCG y LPCG, y sus características clínicas.



<sup>2</sup>Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

<sup>3</sup>Especialización y Maestría en Patología y Medicina Bucal, UAM-Xochimilco

**Método:** Estudio retrolectivo comparativo. Se estudiaron casos de pacientes de LCCG y LPCG en bloques de parafina del laboratorio patología de la UAM-Xochimilco. Los datos clínicos y radiográficos se obtuvieron de las solicitudes para estudio histopatológico. Se realizaron microarreglos de una zona representativa, para la inmunohistoquímica, se usó anticuerpo monoclonal CD68 (KP1, Dako; 1:400). La inmunexpresión se evaluó contando los citoplasmas positivos de las CGMs. El porcentaje de inmunexpresión se obtuvo dividiendo el número de células positivas entre el total de CGMs. Las comparaciones se realizaron con Chi<sup>2</sup> y t de Student; se consideró significativo un valor de p<0.05. **Resultados:** Se incluyeron 35 casos de LCCG y 24 LPCG. Sexo: LCCG 11 (31.4% hombres) vs. LPCG 13 (54.2%) (p= 0.081). Edad: LCCG 26 ± 22 y LPCG 34±18 años (p = 0.0120).Tiempo evolución, meses: LCCG 12.4±9 y LPCG 5.6±6.7 (p=0.044). Localización: mandíbula LCCG 21 (60.0%) LPCG 10 (52.5%) (p=0.166). Hallazgos radiográficos: LCCG 6 (17%) multiloculares y LPCG 8 (33.3%) con erosión de hueso alveolar. Hubo inmunexpresión de CD68 en 100% de las CGMs de LCCG, y 83.1% de las LPCG, (p<0.0001), con 60% de tinción intensa en LCCG y 12.5% en LPCG (p=0.0003). **Discusión:** Similar a lo reportado por otros autores, la inmunexpresión para CD68 en las CGMs de ambas lesiones (>83%), fue muy alta. **Conclusiones:** Las CGMs son positivas a macrófagos. Las diferencias entre inmunexpresión e intensidad de tinción, posiblemente explique el comportamiento biológico.

## 5L10

### SUSCEPTIBILIDAD ANTIFÚNGICA DE UNA MEZCLA DE ACEITES ESENCIALES NATURALES EN AISLAMIENTOS DE CANDIDA spp. PROVENIENTES DE MUCOSA BUCAL DE PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

Moisés Hernández Hernández<sup>1</sup>, Alba Mata Galván<sup>1</sup>, Estela De La Rosa García<sup>2</sup>, Luis Octavio Sánchez Vargas<sup>1</sup>, Alejandro Mendoza Juache<sup>1</sup>, Jorge Avilés González<sup>3</sup>, Saray Aranda Romo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Estomatología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí

<sup>2</sup>Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

<sup>3</sup>Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara

**Introducción:** En la actualidad existe un incremento en la resistencia a los antifúngicos lo que hace necesario evaluar terapias alternativas. **Objetivo:** Evaluar la susceptibilidad antifúngica in vitro de una mezcla de aceites esenciales (MAE) en aislamientos de Candida y sus especies provenientes de mucosa bucal (MB) de pacientes que reciben hemodiálisis (HD). **Materiales y Métodos:** Se evaluaron 50 aislamientos provenientes de la MB de pacientes en HD a diferentes concentraciones de la MAE, utilizando como control positivo el fluconazol mediante el método de microdiluciones **Resultados:** De las 50 cepas evaluadas, las especies albicans se encontraron en mayor proporción con respecto a las no albicans ( 52% vs 48%). La concentración fungistática (MIC50) de aceites estuvo en un rango de 250µg/ml a 500µg/ml para las especies albicans y la MIC50 de fluconazol se encontró en un rango de 1µg/ml a 32µg/ml. Con respecto a las especies no albicans la MIC 50 fue de 156µg/ml como mínima y 250µg/ml como máxima, para todas las cepas evaluadas y para fluconazol la mínima de 4-8µg/ml y la máxima de 64µg/ml. Tanto los aceites como el fluconazol no alcanzaron la MIC90 concentración bactericida. Fueron resistentes para fluconazol, 50% C. albicans y no albicans respectivamente, y dos (4%) para aceites esenciales en C. no albicans. **Conclusion:** La MAE mostró una actividad fungistática in vitro con un porcentaje bajo de resistencia.



## 6LIO

**PREVALENCIA DE CARCINOMA ORAL DE CELULAS ESCAMOSAS EN PACIENTES JOVENES Y ADULTOS ESTUDIO RETROSPECTIVO 2004 – 2014**Jose Julio Magaña Quiñones<sup>1</sup>, Luis Alberto Gaitán Cepeda<sup>2</sup>.<sup>1</sup>Facultad de Odontología, UADY.<sup>2</sup>Departamento de Patología Bucal y Experimental, UNAM

**Introducción:** En México el carcinoma oral de células escamosas es el tipo de neoplasia maligna más frecuente entre el 1%-5% del total de neoplasias malignas. El COCE es el tipo más común de tumor maligno en la cavidad oral. **Objetivo:** Establecer la prevalencia del carcinoma oral de células escamosas en pacientes que acuden a la clínica de patología oral de la UNAM. **Material y Métodos:** Se revisó el archivo del laboratorio de Patología Oral de la UNAM de 2004 hasta 2014, los casos con COCE fueron identificados y seleccionados. Las variables estadísticas se calcularon mediante el programa SPSS statistics. **Resultados:** se revisaron 8079 biopsias de cabeza y cuello de pacientes que acudieron a la clínica de patología oral de la UNAM, 142 (1.75%) casos (62 hombres EP: 54.1 años; 80 mujeres EP: 57.84 años) resultaron positivos a COCE. **Discusión:** Se reportó una prevalencia del 84% con respecto a las demás entidades neoplásicas malignas en cavidad oral, el COCE afecta en su mayoría a hombres, en el presente estudio se obtuvo un ligero predominio en mujeres de 1:1.3, estudios recientes han mostrado un incremento que se debe probablemente a los cambios en los hábitos sociales de la mujer teniendo una mayor exposición a factores de riesgo como fumar y beber. En las últimas décadas el incremento del COCE en pacientes jóvenes se ha reportado, en el presente estudio se reportó 27.46% de prevalencia en menores de 40 años esta cifra es alarmante debido al creciente número de casos en este grupo de personas. **Conclusión:** En el presente estudio se presenta un alto índice de COCE en la población joven de México, por lo que es necesario establecer políticas de prevención y detección temprana a cada grupo de riesgo ya que la etiología y la epidemiología ha cambiado con el paso de los años en México.

## 7LIO

**FRECUENCIA DE HIPOMINERALIZACIÓN INCISIVO MOLAR EN LA ZONA CONURBADA DE SAN LUIS POTOSÍ, SLP**Martin Luciano Hernández Gámez<sup>1</sup>, Saray Aranda Romo<sup>1,2</sup>, Luis Octavio Sánchez Vargas<sup>2</sup>, Francisco Javier Tejeda Nava<sup>1</sup>, María Guadalupe Onofre Quilantan<sup>1</sup><sup>1</sup>Clínica de diagnóstico, Facultad de Estomatología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí.<sup>2</sup>Laboratorio de bioquímica, microbiología y patología, Facultad de Estomatología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

**Introducción:** Hipomineralización incisivo molar (HIM) se refiere a la perturbación que ocurre durante la fase temprana de maduración del esmalte en uno o más de los primeros molares permanentes y con frecuencia también en incisivos, en México se desconoce su frecuencia. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de HIM en la zona conurbada de San Luis Potosí. **Materiales y Métodos:** Estudio Observacional, descriptivo y transversal, el cuál se llevó a cabo en la zona conurbada de San Luis Potosí. Se realizó una exploración bucal a 392 niños siguiendo los criterios establecidos por la OMS. Para la identificación de HIM se siguieron criterios diagnósticos establecidos por la Academia Europea de Odontopediatria. **Resultados:** La frecuencia de HIM fue del 6.37% con una edad promedio de 9.9 y rango de 8 a 12 años. Las mujeres 15(60%) fueron más afectadas que los hombres 10(40%). HIM se presentó con mayor frecuencia en Maxilar superior (57%) que en maxilar inferior (42.8%). Los órganos dentarios afectados en mayor proporción fueron primeros molares (76%), seguidos de molares e incisivos (24%). La mayoría de los niños mostró en promedio 2 molares con HIM y conforme aumentó el número de molares afectados



disminuyó en número de incisivos con HIM. La frecuencia de HIM con respecto a los criterios diagnósticos fue de: opacidades bien demarcadas (94.2%) en molares e incisivos y pérdida del esmalte, restauraciones atípicas y sensibilidad (5.8%) en molares. **Conclusión:** La frecuencia de HIM en la zona conurbada de San Luis Potosí es similar a la reportada previamente en la literatura. Es necesario informar a todos los profesionales de la odontología para que puedan identificar esta entidad la cual puede ser controlada si se identifica a tiempo y se llevan a cabo medidas de prevención constantes.

