

Libro de resúmenes

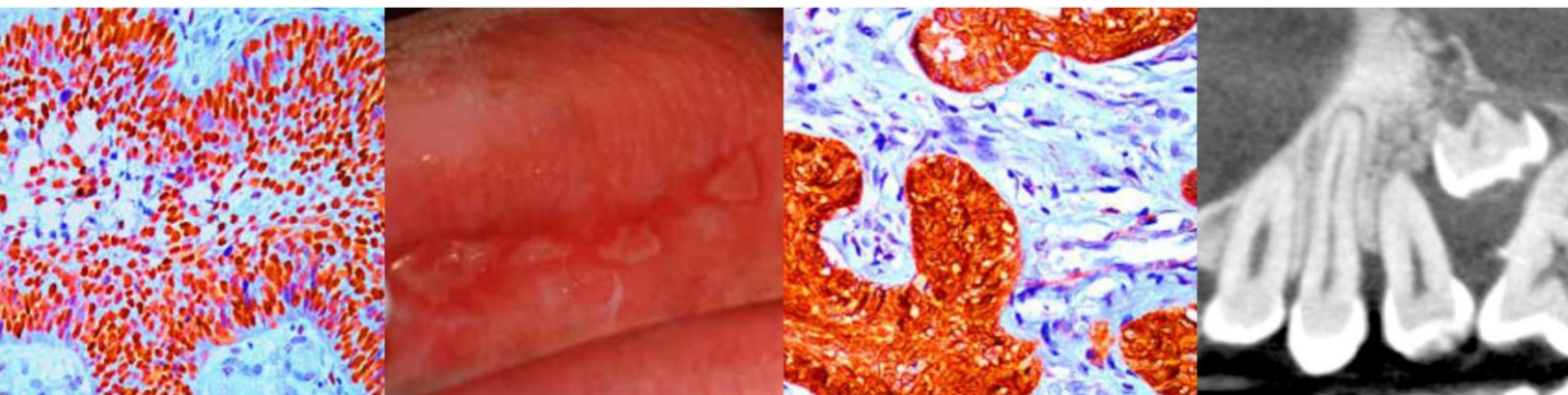
XX TALLER INTERNACIONAL DE PATOLOGIA ORAL

17 y 18 de Enero de 2019

Facultad de Odontología – Universidad de Chile

Patología Oral

DESDE EL LACTANTE AL ADOLESCENTE



Libro de resúmenes

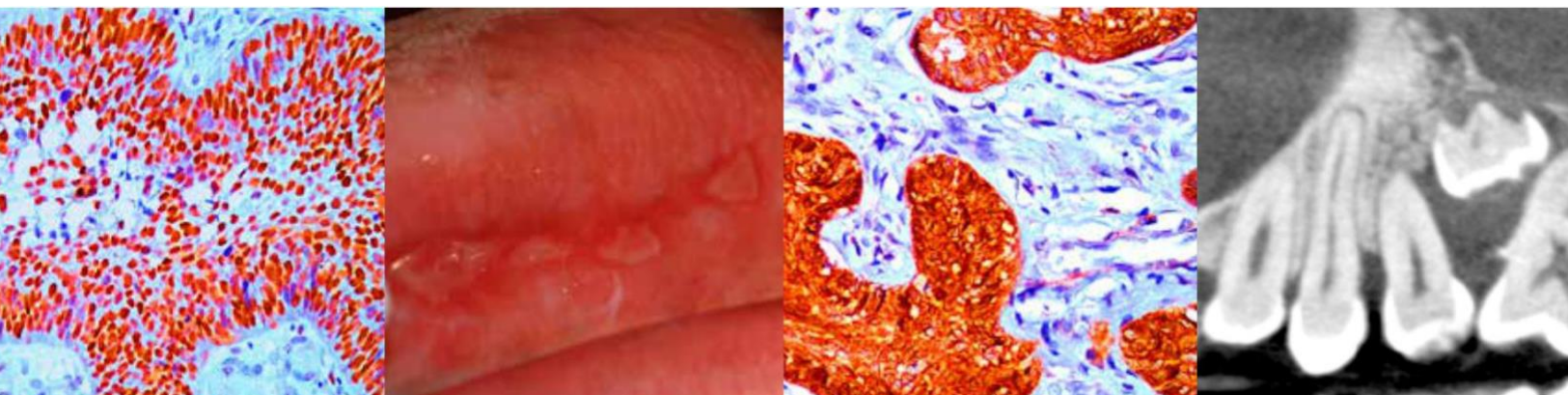
XX TALLER INTERNACIONAL DE PATOLOGIA ORAL


17 y 18 de Enero de 2019

Facultad de Odontología – Universidad de Chile

Patología Oral

DESDE EL LACTANTE AL ADOLESCENTE





Comité Organizador
XX Taller Internacional de Patología Oral
“Patología oral: desde el lactante al adolescente”

- Director del XX Taller Internacional de Patología Oral:

Prof. Asociado Cristian Peñafiel Ekdhal.

- Directora del Departamento de Patología y Medicina Oral:

Prof. Asociada Dra. María Angélica Torres.

- Prof. Asociada Dra. Iris Espinoza Santander.

- Prof. Asistente Dr. Enrico Escobar López.

- Prof. Asociada Dra. Ana Ortega Pinto.

- Prof. Asistente Dra. Marcela Farías.

- Ayudante Dr. Nayib Hussein Rojas.

Índice

Programa	1
Casos clínicos formato póster.....	3
Estudios de investigación.....	24
Sesión Clínica-Patológica: Casos clínicos orales	30

Programa
XX Taller Internacional de Patología Oral
“Patología oral: desde el lactante al adolescente”

JUEVES 17 DE ENERO DE 2019

8:00 - 8:30	Inscripciones
8:45 - 9:00	Bienvenida
9:00 - 10:30	Dr. Wilson Delgado: Destrucción de los Tejidos Periodontales en niños y adolescentes
10:30 - 11:00	CAFÉ
11:00 - 12:00	Dr. Wilson Delgado: Destrucción de los Tejidos Periodontales en niños y adolescentes
12:00 - 13:00	Presentaciones de Póster
13:30 - 14:30	Almuerzo
14:30 - 15:30	Dra. Mirtha Landaeta: Parotiditis crónica recurrente del niño, diagnóstico, tratamiento y riesgo de Síndrome de Sjögren.
15:30 - 16:45	Primera Mesa Redonda: Odontología legal: alertas tempranas de violencia y abandono infantil. Dra. Paloma Córdova, Dra. Margarita Sánchez Coordinadora: Dra. Denisse Lagos
16:45 - 17:15	CAFÉ
17:15 - 17:45	Presentaciones de Póster
17:45 - 19:00	Segunda Mesa Redonda: Embriogénesis y sus implicancias en Síndromes y Patología Maxilofaciales en niños. Dr. Roberto Pantoja, Dra. Noemi Leiva, Dra. Pamela Ugarte. Coordinadora: Dra. María Angélica Torres.
19:10	Inauguración del XX Taller Cóctel de Bienvenida

VIERNES 18 DE ENERO DE 2019

8:30 - 10:30	Dra. Sandra Tarquinio: Estudios epidemiológicos en lesiones bucales en la ciudad de Pelotas, y el diagnóstico de las lesiones más comunes en estas edades
10:30 - 11:00	CAFÉ
11:00 - 12:30	Tercera Mesa Redonda: Quistes y Tumores Odontogénicos, Clasificación 2017 (con énfasis en niños y adolescentes). Dra. Ana Ortega, Dr. Luis Córdova. Coordinador: Dr. Enrico Escobar L.
12:30 - 13:00	Presentaciones de Póster
13:30 - 14:30	Almuerzo
14:30 - 16:30	Presentaciones Orales de Casos Clínicos
16:30 a 17:00	CAFÉ
17: 00 a 18:30	Presentaciones Orales de Casos Clínicos
18:30 a 19:00	Clausura del XX Taller y Premiaciones

Casos clínicos formato póster

1. Absceso subcutáneo supraciliar por cuerpo extraño de origen vegetal posterior a trauma maxilofacial.

Cuéllar Gutiérrez Javier; Prats Peña Carla; Escobar López Enrico; Reyes Court Daniel. Hospital de Urgencia y Asistencia Pública (HUAP), Dr. Alejandro del Río.

Introducción: Abscesos subcutáneos detectados como complicación tardía a trauma maxilofacial son poco habituales, por lo general, las complicaciones infecciosas y fracturas consecutivas a trauma maxilofacial suelen ser detectadas tempranamente y resueltas en un corto periodo.

Presentación del caso: Paciente sexo femenino, 30 años, nacionalidad haitiana. Acude al servicio de urgencia (HUAP) por cefalea y herida infectada supraciliar izquierda. Relata accidente por colisión vehicular a alta energía en Haití. Al examen clínico se detecta asimetría y hundimiento de zona cigomática izquierda y globos oculares asimétricos. Herida supraciliar izquierda supurada. Examen imagenológico TAC: Fracturas de órbita, seno maxilar y arco cigomático izquierdo; suturas frontocigomática y cigomatomaxilar comprometidas. Impresión imagenológica: osteomielitis de órbita secundaria a fractura de órbita izquierda. Durante aseo quirúrgico se detecta presencia de cuerpo extraño de origen vegetal, el cual es removido. Posteriormente se instala cánula de drenaje. Se indica antibioterapia y AINE vía oral. Controles posteriores con evolución favorable.

Discusión: Los cuerpos extraños retenidos en tejidos blandos a partir de heridas penetrantes pueden ser de origen orgánico o inerte y se detectan principalmente durante la exploración clínica. Un cuerpo extraño no removido, puede provocar complicaciones agudas o crónicas (reacciones de hipersensibilidad, inflamatorias e infección).

Conclusiones: Se describe caso clínico por complicación infecciosa tardía en tejidos blandos por cuerpo extraño asociado a trauma maxilofacial. La remoción quirúrgica del cuerpo extraño fue requerida para la resolución de la complicación infecciosa en tejidos blandos.

2. Atención odontopediátrica integral en paciente escolar con hipomineralización incisivo-molar severa.

Lagos Cerón Rocío, Lagos Díaz Mauricio, Pimentel Patroni Gisela. Universidad de Chile. Facultad de Odontología.

La Hipomineralización Incisivo-Molar (HIM) es una patología estructural del esmalte, asociada a una desmineralización en primeros molares e incisivos permanentes. Puede presentar desde opacidades leves a fracturas extensas de esmalte. Su prevalencia va de 2,4% a 40,2% a nivel mundial; y 17% a nivel nacional. La etiología se asocia a factores sistémicos entre el tercer trimestre del embarazo a los 3 años.

Reporte de caso: Paciente transgénero femenina de 7 años consulta con su madre en FOUCH por retraso de erupción de incisivos centrales superiores permanentes. En la anamnesis no relata alteraciones durante el embarazo ni el parto. Al examen clínico vemos los primeros molares permanentes erupcionados e incisivo central semierupcionado con opacidad en esmalte de coloración amarillenta, fractura cuspídea en molar e hipersensibilidad dental compatible con HIM severa, sin actividad de caries. Se realiza

tratamiento preventivo integral consistente en profilaxis, aplicaciones de barniz de flúor y sellantes en molares definitivos.

Discusión: La HIM al afectar la estructura de esmalte hace más susceptible la aparición de caries y la sensibilidad dental, debe ser abordada desde un enfoque preventivo; dificulta la higiene oral, generando un mayor riesgo cariogénico. El manejo con cepillado, aplicación de flúor barniz, pastas dentales fluoradas y sellantes de fosas y fisuras evita la aparición de caries. En este caso se hizo un tratamiento preventivo, ya que la paciente no presentaba actividad de caries.

Conclusión: Es fundamental el diagnóstico a tiempo de las alteraciones de esmalte, ya que se debe hacer consciente sobre la susceptibilidad de los dientes afectados al desarrollo de caries.

3. Atención odontológica integral en pregrado de paciente pediátrico con Enfermedad de Dent. Reporte de caso.

Figuroa Pimentel Francisca, Santander Ramírez Nicolás, Montenegro Urbina Uriel. Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Odontología.

Introducción: La enfermedad de Dent (ED) es una tubulopatía renal recesiva ligada al cromosoma X caracterizada por proteinuria de bajo peso molecular , hipercalciuria, nefrocalcinosis, nefrolitiasis e insuficiencia renal progresiva, sus consecuencias son Raquitismo Hipofosfatémico ,hipocalcemia y a falta de vitamina D en el organismo lo que se traduce en una mineralización defectuosa de huesos, dentina y esmalte dentario. solo hay 300 familias diagnosticadas en todo el mundo, lo que la hace una enfermedad rara y poco estudiada, sobre todo en el ámbito odontológico.

Reporte del caso: Asiste a la clínica del niño UC, niño de 10 años 4 meses con ED, para controlar su salud oral. Presenta raquitismo hipofosfatémico, bajo peso/ talla y genuvalgo bilateral. Al examen clínico presenta dentición mixta , gingivitis marginopapilar generalizada, hipomineralización incisivo molar (HIM) con ausencia de caries y mordida abierta. En la ortopantomografía vemos agenesia diente 3.5, erupción ectópica diente 2.6, asincronía de erupción y falta de espacio para erupción de dientes permanentes. Como tratamiento integral se realizó adaptación a la atención odontológica, instrucción de higiene oral, profilaxis, flúor barniz , sellantes, controles y derivación a ortodoncia por alteraciones dentomaxilofaciales severas.

Discusión: Las alteraciones odontológicas que tiene este niño coinciden con las más frecuentemente reportada como son erupción tardía , HIM , taurodontismo y alteraciones dentomaxilofaciales.

Conclusión: Es importante tener en cuenta los aspectos sistémicos en el manejo odontológico del paciente con ED, para entregar una atención odontológica integral, con enfoque de riesgo específico a su condición donde la prevención es clave.

4. Candidiasis Seudomembranosa. Reporte de un caso.

Muñoz Olate Gonzalo, Abarca Ulises, Salvo Salas Daniel, Farías Vergara Marcela. Universidad de Chile, Facultad de Odontología.

Introducción: La candidiasis oral es la enfermedad infecciosa ocasionada por el crecimiento de las colonias de *Cándida* que penetran los tejidos orales cuando las barreras físicas y las defensas del huésped están alteradas. Es una infección frecuente de la cavidad oral del adulto mayor. Existe una prevalencia aumentada en ciertas ocasiones, en presencia de prótesis mucosoportadas, sin embargo otras condiciones como hiposialia pueden estar involucradas.

Reporte de Caso: Paciente sexo femenino, 69 años, portadora de prótesis total acrílica superior. ingresa a la Clínica de Medicina Oral. Relata Sensación de boca seca asociada a dolor lingual con la ingesta de alimentos principalmente cálidos y ácidos. Clínicamente se observa eritema y depapilación del dorso de la lengua con algunas placas blanquecinas desprendibles, la misma imagen se observa en el paladar con más expresividad bajo la zona de contacto con la prótesis. Test de flujo salival de 0.1 ml/minuto. Diagnostico Compatible con Candidiasis pseudomembranosa. Se indica miconazol 2% gel plastibase y saliva artificial artesanal en base a linasa. Se indica estudio para evaluar posible Síndrome de Sjogren.

Discusión: Aunque el tratamiento farmacológico específico es antifúngicos. Es fundamental definir los factores causantes de los subtipos de *Cándida*, este paciente debe ingresar al estudio que defina la etiología de la hiposialia, para poder enfocar el tratamiento hacia la etiología.

Conclusión: La correcta evaluación permitirá siempre un correcto diagnóstico y tratamiento en las patologías orales. Además el uso de terapias coadyuvantes como saliva artificial al manejo de los síntomas nos permite abordar de manera costo/efectiva mejorando la calidad de vida y la respuesta del paciente al tratamiento.

5. Carcinoma Adenoide Quístico en Mucosa Yugal; Patrón Cribiforme.

Calcumil Herrera Pablo Alexis, Sepúlveda Verdugo Cristóbal, Lillo Valdés Felipe, Quiñones Vergara Luis Patricio. Hospital San Juan de Dios.

Introducción: El Carcinoma Adenoide Quístico es una neoplasia de glándulas salivares con comportamiento recurrente y metastásico, con potencial de malignidad en glándulas salivales menores (40-45%). Se presenta entre la 5ta y 7ta década de vida con aparente predilección por sexo femenino.

Reporte del caso: Paciente femenina, 75 años, con antecedentes de Hipertensión, Diabetes y Artrosis, controlada. Al examen, refiere aumento de volumen en cara interna de mejilla derecha, 20 años evolución, crecimiento lento, asintomático y asociado a leve molestia con el uso de prótesis. Intraoralmente, se observa aumento de volumen de 3 cm diámetro, límites definidos, consistencia indurada, fluctuante, de superficie lisa y base sesil. Mucosa y piel de coloración normal. Sin adenopatías. Solicitud de Biopsia excisional. Examen complementario anatomopatológico; Inmunohistoquímica CD 117, 43 y 63 positivos. Las muestras revelan proliferación de células epiteliales cilíndricas y cúbicas conformando espacios quísticos y estructuras ductales con material mucosoide basófilo en su interior. Las

células de apariencia uniforme presentan núcleos intensamente basófilos y escaso citoplasma. Patrón cribiforme predominante, con invasión perineural.

Discusión: Por su baja frecuencia en mucosa yugal, estos no son considerados de rutina como diagnóstico diferencial de lesiones tumorales asintomáticas. El estadio clínico, el grado histopatológico y el tratamiento, comprometen morbilidad y pronóstico del paciente.

Conclusión: El estudio anatomopatológico y el seguimiento es imperativo para excluir su agresividad y metástasis. La excisión quirúrgica bajo amplio margen de seguridad es el tratamiento a elección.

6. Carcinoma basocelular (cbc) craneomaxilofacial: diagnóstico precoz.

Navarro Cortes Felipe, Rojas Núñez Alexandra, Arancibia Arancibia Jorge, Cerón Terán Miguel. Universidad de Antofagasta, Facultad de Medicina y Odontología. Hospital Regional de Antofagasta "Dr. Leonardo Guzmán", Unidad de Anatomía Patología.

De los cánceres de piel no melanoma el 75% al 80% son carcinomas de células basales(1). La alta incidencia en Chile enfatizando en Antofagasta, es la razón de que el CBC tome gran importancia junto con la propiedad de ulcerar e infiltrar los tejidos en profundidad. Un buen aporte semiológico es clave para el diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, mejorando el pronóstico y reduciendo el riesgo sistémico del paciente.

Reporte del caso: Paciente masculino, 51 años, acude el 2015 a la unidad de cirugía maxilofacial del Hospital de Antofagasta, con lesión ulcerada de 3 cm de diámetro en la región occipital, realizándose biopsia pero sin tratamiento definitivo. Tres años después vuelve con lesión 9 cm más grande y con resultado histopatológico informando infiltración escamosa profunda con bordes positivos en hueso y músculo. Se decide resección ósea con craneoplastia, reconstrucción con colgajo pediculado mucocutáneo y radioterapia.

Discusión: Es imperativo abordar de manera resolutive y oportuna para evitar las complicaciones concomitantes. La tendencia actual es la terapia mínimamente invasiva, obteniendo alta tasa de éxito en lesiones menores(2). Las infiltraciones profundas hacen difícil la extirpación y reconstrucción posterior, transformando este tipo de neoplasias en un reto multidisciplinario(3).

Conclusión: Es responsabilidad del Odontólogo saber precisar los signos y síntomas ya que en etapa temprana no es diferencial y se le resta la importancia necesaria. Una pesquisa precoz complementa el enfoque actual menos invasivo, evitando tratamientos complejos y radicales que pueden disminuir la función y estética del paciente(4), entregando un costo beneficio mayor.

7. Carcinoma in situ de mucosa oral en paciente con tratamiento inmunosupresor post trasplante renal: Caso Clínico.

De La Rivera Lira Javiera, Besnier Flores Sergio, Humeres Sigala Carlos. Valenzuela León Ricardo. Universidad de Antofagasta. Facultad de Medicina y Odontología.

Introducción: El carcinoma oral de células escamosas (COCE) es la neoplasia maligna más común en la cavidad bucal. Su etiología es multifactorial, siendo los factores de riesgo más importantes el consumo de tabaco y alcohol¹.

Reporte del caso: Paciente de 74 años, trasplantado renal, en tratamiento con ciclosporina y micofenolato mofetil, evaluado en el Hospital Regional de Antofagasta en agosto del 2018 que acude por crecimiento gingival acelerado en zona palatina maxilar izquierda. Se realiza una biopsia de la mucosa oral y se aprecia un epitelio paraqueratinizado, hiperplásico, parcialmente ulcerado, en el cual destaca la presencia de atipias citológicas compuestas por pleomorfismos nuclear, agrandamiento de la proporción núcleo/citoplasma y algunas mitosis atípicas en todo el espesor del epitelio.

Discusión: El COCE está asociado a múltiples factores etiológicos entre los cuales encontramos el tabaco, el alcohol y el uso de medicamentos inmunosupresores. Dentro del tratamiento inmunosupresor esta la ciclosporina y el micofenolato mofetil que según estudios inhiben la activación del sistema inmune aumentando el riesgo de que se genere un carcinoma in situ en pacientes trasplantados². Por otra parte, existen una minoría de estudios que afirman que estos medicamentos cumplen un rol protector contra neoplasias.

Conclusión: Existe escasa evidencia de la correlación entre fármacos inmunosupresores y el surgimiento del COCE, pero la existente indica que este tipo de medicamentos son un factor de riesgo en el desarrollo del COCE. Esto dificulta el análisis de las variables y factores relacionados con el diseño de lineamientos terapéuticos más seguros y con menos efectos adversos para los pacientes trasplantados.

8. Carcinoma mucoepidermoide.

Herrera Ochoa Alejandra, Vásquez Pérez Gonzalo, Humeres Sigala Carlos, Vidal Gill Sergio. Universidad de Antofagasta, Facultad de Medicina y Odontología. Hospital Regional de Antofagasta "Dr. Leonardo Guzmán".

Introducción: El carcinoma mucoepidermoide, es la neoplasia maligna más común en glándulas salivales. Su comportamiento biológico se relaciona con el grado histológico tumoral (bajo, intermedio, alto).

Caso clínico: Paciente de 75 años de edad, con antecedentes de cáncer de lengua en el año 2015. En el año 2016 presenta una recaída masiva con recirugía y reconstrucción. En el año 2018 se presenta con un TAC de cuello con extenso compromiso sólido proliferativo retromandibular extendido a piel de mentón. La biopsia informa una proliferación mixta, no encapsula conformada por pequeñas estructuras ductales con presencia de material mucinoso en su interior, constituida por células mucosas, en conjunto con células de morfología poligonal/basaloide con citoplasma eosinófilo de tipo intermedia, adyacentes a pequeños islotes o nidos de células epidermoides infiltrantes con citología atípica.

Discusión: La histopatología exhibe tres tipos principales de células (mucosas, intermedias y epidermoides), además pueden desarrollar formaciones quísticas que pueden ser de

carácter mínimo o con mayor presencia, dependiendo del grado de del tumor. Con respecto a la mortalidad en estos casos, se ha visto que los tumores a nivel submandibular siempre tiene un peor diagnóstico que los presentes en glándula parótida, del mismo modo los tumores presentes en lengua y piso de boca tienen un comportamiento más agresivo que en el resto de las glándulas.

Conclusión: El Carcinoma mucoepidermoide es el tipo de neoplasia que más se presenta a nivel de glándulas salivales, siendo la más usual la glándula parótida. El tratamiento de esta afección se basa en la localización, grado histopatológico y estadio clínico del tumor.

9. Carcinoma Verrucoso de Maxilar Superior: Reporte de un Caso.

Briceño Ramos Andrés, Fuentes Mamani Paula, Humeres Sigala Carlos, Silva Saavedra Hayatt. Universidad de Antofagasta, Facultad de Medicina y Odontología. Hospital Regional de Antofagasta “Dr. Leonardo Guzmán”, Servicio de Anatomía Patológica/Servicio Dental. Hospita Calama “Dr. Carlos Cisternas”, Servicio Dental.

Introducción: El carcinoma verrucoso (CV) es una variante de bajo grado del carcinoma de células escamosas que representa entre el 1% al 16% de estos, se caracteriza por ser exófitico con múltiples prominencias y profundas hendiduras.

Reporte del caso: Mujer 85 años, al examen clínico presenta una gran lesión ulcerada que compromete el reborde alveolar anterior desde diente 1.2 a 2.2 con compromiso óseo, vestibular y de labio superior, de aproximadamente 8x5 cm. El estudio imagenológico informa una lesión de aspecto neoproliferativo en maxilar superior con destrucción ósea y de partes blandas. Se realiza una cirugía de resección tridimensional donde la biopsia incisional informa una proliferación epitelial escamosa de morfología verrucosa o papilar, hiperparaqueratinizante, caracterizada por amplias y largas crestas epiteliales, las cuales contienen abundante paraqueratina en sus depresiones epiteliales donde se aprecia escasa atipia celular localizada en ciertas áreas basales. La lesión no se aprecia infiltrante en lo examinado, con formación de perlas de queratina.

Discusión: Estas lesiones en cavidad oral a menudo se relacionan con el sitio de la colocación del tabaco. El CV al microscopio se presenta con apariencia benigna, se caracteriza por un epitelio hiperplásico y alargado con crestas que parecen “empujar” el conectivo subyacente. Estudios describen que ADN de los tipos 16, 18 y 6, 11 del virus papiloma humano en una minoría de CV orales.

Conclusión: El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica. Aproximadamente el 90% de los pacientes son libre de enfermedad 5 años posterior a la cirugía.

10. Cistoadenoma papilar linfomatoso (Tumor de Warthin): Caso Clínico.

Carrasco Alfaro, Caroline, Morales Romero Javiera, Humeres Sigala Carlos, Cerón Teran Miguel. Universidad de Antofagasta. Facultad de medicina y odontología. Hospital Regional “Dr. Leonardo Guzmán Antofagasta”. Unidad de Anatomía patológica.

Introducción: El Cistoadenoma papilar linfomatoso (CPL) corresponde una neoplasia benigna que se presenta casi exclusivamente en la glándula parótida, siendo el segundo tumor parotídeo benigno más común.

Reporte del caso: Paciente de 55 años, evaluado en el Hospital Regional de Antofagasta en Enero 2018 por dos masas nodulares supra-auriculares derecha e infraparotídea, la primera de consistencia blanda que involucra piel de varios años de evolución y la segunda de consistencia firme, móvil entre planos, consistencia pastosa, aproximadamente de 3 meses de evolución. Se realiza una parotidectomía suprafacial previo a estudio imagenológico correspondiente el cual describe un tumor de 3.5 cms localizado en espesor de porción suprafacial de parótida derecha, encapsulado. Se observa un ganglio aumentado de volumen en zona supraclavicular derecha (Grupo IVA). El informe histopatológico describe una neoplasia de morfología papilar, compuesta por un epitelio dispuesto en fila con formaciones de espacios quísticos donde impresiona su estroma linfoide. El epitelio posee células con citoplasma eosinófilo granuloso y se dispone en capas de dos a tres células.

Discusión: El CPL se ha asociado directamente con el hábito de fumar tabaco, obteniendo un riesgo ocho veces superior. Además, su efecto tumorigénico explicaría la bilateralidad metacrónica que este presenta. Una característica específica de este tumor es la captación del Tecnecio 99 presenciado por una zona que irradia calor.

Conclusión: Neoplasia benigna con su recidivas entre 2% a 6% tras resección, con predominio en la población masculina entre la 5ta y 7ma década de vida, su tratamiento de primera línea va dirigida a quirúrgica.

11. Diagnóstico, tratamiento y la relación del Granuloma piogénico con el tratamiento periodontal.

Muñoz Zelada Francisca, Moscoso García Valentina, Michea Rivera María Angélica, Rojas Zuñiga Gabriel, Maturana Ramírez Andrea. Universidad de Chile. Facultad de Odontología.

Introducción: El granuloma piogénico (GP) es un proceso reactivo tisular. Conocido como granuloma telangiectásico, granuloma del embarazo o épulis vascular, es frecuente y con predilección en encía. El estado de salud periodontal se relaciona con el grado de inflamación de esta lesión y su alta recidiva.

Reporte del Caso: Paciente género masculino, 66 años, diabetes e hipertensión controlada, periodontitis etapa 4, grado C. Aumento de volumen de 2 cm x 2 cm en sextante 5, vestibular y lingual, lobulado, base pedunculada, superficie papilar, consistencia firme, sangrado espontáneo, dientes como movilidad grado 2 y 3. Siete años de evolución, dos biopsias excisionales previas, sin controles periodontales. Se solicitó radiografía panorámica, tomografía axial computada mandibular, hemograma completo y electrocardiograma para planificar biopsia excisional. Se realizó tratamiento periodontal completo. El resultado histológico determinó un GP, en el cual se observó epitelio pluriestratificado y tejido conectivo con alta proliferación vascular e infiltrado inflamatorio.

Discusión: El granuloma piogénico tiene mayor prevalencia mujeres, sin embargo, también se presenta en hombres. La terapia de soporte periodontal debe formar parte del plan de tratamiento para controlar la recidiva en encía. El análisis histológico es clave para el diagnóstico diferencial.

Conclusión: El diagnóstico clínico del granuloma piogénico debe ser confirmado con el examen histológico. La terapia de soporte periodontal es clave para evitar la recidiva.

12. Diente 4.6 con lesión endo-periodontal sin daño a la raíz y sin periodontitis grado 1, en paciente de 12 años.

Díaz Gálvez Claudia, Alarcón Arancibia Renato, Quiroga Del Pozo Isabel, Maggiolo Villalobos Silvana. Universidad de Chile

Introducción: La lesión endo-periodontal es una comunicación patológica entre la pulpa y los tejidos periodontales de un diente en particular que puede ocurrir de forma aguda o crónica, que puede ser gatillada por una lesión cariosa o traumática. Puede afectar la pulpa y secundariamente el periodonto; o por destrucción periodontal que posteriormente afecta el canal radicular; o una concomitancia de ambas patologías.

Reporte del caso: Paciente 12 años sexo masculino, acude a FOUCH por haber presentado aumento de volumen facial y dolor en relación a diente 4.6. Anamnesis remota: Historia de cuadro febril a los 11 días de nacido. Actualmente posible Síndrome Incisivo-Molar. Examen clínico intra-oral se observa caries ocluso-mesial penetrante, saco periodontal vestibulo-mesial de 13mm y diente sin movilidad. Región vestibular con leve aumento de volumen localizado, blando, eritematoso y doloroso a la palpación. Test de sensibilidad frío y calor sin respuesta, percusión aumentado/moderado. Hipótesis diagnóstica lesión endo-periodontal sin daño a la raíz en paciente sin periodontitis grado 1. *Grado 1: Saco periodontal profundo delgado en una superficie dentaria.

Discusión: Las patologías endo-periodontales son infrecuentes en pacientes pediátricos. Un acucioso examen clínico sumado a una correcta interpretación de exámenes complementarios imagenológicos toman un rol importante para lograr un correcto diagnóstico.

Conclusión: Pese a la baja incidencia y escasos casos reportados de patologías endo-periodontales en niños, es importante tenerlas en consideración al momento de evaluar patologías con características sugerentes.

13. Displasia fibrosa en maxilar superior.

Piñeda Galaz José, Alegría Villa Daniela, Torrealba Triviño Marcela, Gahona Gutiérrez Osvaldo, Chieyssa Martineu Pía. Universidad Finis Terrae.

Introducción: La Displasia Fibrosa (DF) es una condición patológica en la cual existe sustitución de tejido óseo por tejido fibroso, causando deformidad y sobrecrecimiento del hueso afectado. En función de la presentación clínica y la afectación ósea, se divide en: monostótica, poliostótica y cráneo facial.

Reporte del caso: Paciente sexo femenino, 19 años, derivada a UFT por hallazgo radiográfico en seno maxilar izquierdo. Se aprecia asimetría facial en relación a región geniana izquierda. Al examen intraoral presenta expansión de tablas en relación a las piezas 2.5-2.7, recubierto por mucosa de coloración normal, de carácter asintomático. CBCT muestra lesión hiperdensa heterogénea de crecimiento expansivo que desplaza seno maxilar y erosiona cortical del piso de la cavidad orbitaria. El análisis histopatológico reveló un estroma fibrocelular con trabéculas óseas inmaduras de tamaño y forma variable. Basándose en hallazgos clínicos, radiográficos e histopatológicos, se proporcionó un diagnóstico de displasia fibrosa.

Discusión: DF monostótica corresponde al 70% de los casos de DF y típicamente se detecta incidentalmente en exámenes radiográficos. Afecta a individuos en la segunda y tercera década, como ocurre en el caso presentado.

Conclusión: Es importante realizar un diagnóstico oportuno, debido a que este tipo de lesiones son progresivas y puede tener consecuencias estéticas y funcionales.

14. Displasia ósea florida: reporte de un caso.

Silva López Artemiza, Palacios Inostroza Verónica, Garrido Sepúlveda Juan, Sáez Binelli Gabriela, Bravo Valenzuela Maximiliano. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Se presenta el caso clínico de un paciente, sexo femenino, 60 años, que consulta por dolor leve, inflamación e infección en relación a reborde mandibular derecho. Al examen clínico intraoral se evidencia desdentamiento y halitosis; fístula activa en zona mandibular derecha y secreción purulenta. Estudio radiográfico revela lesión mixta de predominio radiopaco, con halo radiolúcido en la periferia, ubicada en zona mandibular derecha. Se decide la toma de radiografía panorámica, donde se evidencian múltiples lesiones del mismo tipo en más de un cuadrante. Se realiza extirpación quirúrgica de la lesión en pabellón, toma de biopsia excisional y aseo quirúrgico. El estudio histopatológico concluyó Displasia ósea florida (DOF). Existen tres tipos de displasias óseas: displasia cementaria apical, displasia cemento ósea focal y displasia ósea florida. La DOF es un proceso idiopático, benigno, en la cual la arquitectura del tejido óseo normal es reemplazada por tejido fibroso y hueso metaplásico; radiográficamente se manifiesta como un conjunto de lesiones radiolúcidas y radiopacas ubicadas más frecuentemente en relación a procesos alveolares en la región mandibular, y ocasionalmente en el maxilar, ocupando más de un cuadrante. Siendo a menudo bilaterales y de apariencia simétrica. Es generalmente asintomático, por lo que a menudo es un hallazgo radiográfico; sin embargo, puede crecer e infectarse, produciendo sintomatología dolorosa. Histológicamente se observan trabéculas irregulares de tejido calcificado, con aspecto de hueso y líneas basófilas en la periferia, entre ellas tejido fibroblástico, evidenciando el cambio en la arquitectura ósea.

15. Estomatitis Aftosa Herpetiforme. Reporte de caso.

Abarca Contreras Ulises, Aravena Cornejo Katherina, Salvo Salas Daniel, Farías Vergara Marcela. Universidad de Chile, Facultad de Odontología.

Introducción: Las aftas son lesiones de tipo ulcerosa que responden a un desorden inmunopatológico con mecanismo de daño tipo IV. En recurrencia se denominan Ulceras Recurrentes Orales (UROs). La edad más frecuente es entre los 20-50 años, preferentemente en mujeres. Afectan al 60 % de los individuos en algún momento de su vida. Se localizan por lo general en la mucosa bucal no queratinizada. Cursa con pródromos de hiperalgesia y sensación urente. El diagnóstico es netamente clínico y su tratamiento tiene por objetivo acortar el proceso, disminuir los síntomas y principalmente en las UROs evitar recidivas para lo que es clave identificar los factores gatillantes.

Reporte de caso: Mujer de 61 años acude a la Clínica de Medicina Oral de la Universidad de Chile por odinofagia con múltiples lesiones ulcerosas de distribución en fondo de vestíbulo, borde y cara dorsal de la lengua, cara interna del labio superior e inferior, muy dolorosas (EVA 6), de un mes de evolución, acompañadas de fiebre, dolor se alivia parcialmente con alimentos fríos y se exacerba con ácido y calor. Sin antecedentes previos

de lesiones similares. La paciente cursaba un cuadro emocional. Diagnóstico Clínico Estomatitis Aftosa Herpetiforme. La paciente fue tratada con Prednisona oral y colutorio de Betametasona. En los controles sucesivos la paciente mostró una rápida mejoría de la sintomatología principalmente y luego de todas las lesiones.

Discusión: Es importante educar al paciente en los posibles factores gatillantes como el factor emocional, parte clave del tratamiento.

Conclusiones: El control de especialidad esencial para el seguimiento del tratamiento y evitar errores diagnósticos.

16. Estomatitis herpetiforme como manifestación en mucosa oral en SIDA.

Romo Luco Macarena, Herrera Fuentes Constanza, Hormazábal Hevia Alondra, Reyes Court Daniel, Escobar López Enrico. Universidad de Chile, Facultad de Odontología. Hospital de Urgencia de la Asistencia Pública, Servicio de Dental

Introducción: Las manifestaciones orales por la infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) son, en ocasiones, el primer signo de la enfermedad, y en muchos casos un indicador de la progresión de la infección hacia el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Las lesiones más frecuentemente descritas en mucosa oral son: candidiasis, leucoplasia pilosa. Aftas se tipifican como lesiones menos comúnmente asociadas a infección por VIH/SIDA (ECC Clearinghouse).

Reporte del caso: Paciente sexo masculino, 35 años, con diagnóstico de SIDA sin tratamiento al momento de la atención (01/01/2019). Consulta a servicio de Urgencia del Hospital de Urgencia de la Asistencia Pública por lesiones y dolor en mucosa de revestimiento oral. Al examen clínico se detecta úlceras mayores y menores a 1 cm. de diámetro, de fondo limpio a necrótico, halo eritematoso y dolorosas, localizadas en mucosa: yugal, adherida y paladar blando. Evolución: 7 días. Hemograma revela: hematocrito: 24,8%, hemoglobina: 8,2 g/dl, leucocitos: 3.000mm³, plaquetas 76.000mm³ y linfocitos 12,6%.

Discusión: Lesiones orales se asocian con estados de Inmunodepresión en VIH/SIDA y pueden detectarse en hasta 50% de pacientes con infección por VIH (seropositivos) y en 80% de pacientes con SIDA. Se describe relación entre el recuento de Linfocitos TCD4+ y la presencia de manifestaciones orales asociadas por VIH/SIDA.

Conclusiones: Las manifestaciones orales pueden constituir los primeros signos en VIH/SIDA y entre estas se han descritos aftas. La detección temprana es relevante en el diagnóstico de los pacientes no diagnosticados y en la monitorización al tratamiento antirretroviral y progresión de la enfermedad en paciente diagnosticados con VIH/SIDA.

17. Fibroma de células gigantes en paciente odontopediátrico: reporte de un caso.

Lavín Flores Francisca, Nogueira Ferrada Florencia, Cereceda Miranda María Angélica, Pennacchiotti Vidal Gina, Ortega Pinto Ana. Universidad de Chile, Facultad de Odontología.

Introducción: El fibroma de células gigantes (FCG) es un tumor benigno no neoplásico de la mucosa oral que representa el 2-5% de las lesiones fibrosas, localizado predominantemente en encía mandibular. Es más prevalente en mujeres menores de 30

años. Se caracteriza histológicamente por grandes fibroblastos con forma estrellada y multinucleados. La etiología no está definida.

Reporte de caso: Paciente femenino, 4 años, sin antecedentes mórbidos y en actividad de caries. Se observa aumento de volumen redondeado, de 5 mm de diámetro, blanquecino, binodulado, superficie lisa, bordes definidos, base sésil, consistencia firme y asintomático en encía adherida vestibular de diente 7.2. Se indicó biopsia excisional quirúrgica. Al microscopio se observó tejido conjuntivo fibroso con células gigantes de forma estrellada y algunas multinucleadas. Diagnóstico definitivo **FCG**. Se observa recidiva luego de un mes.

Discusión: El FCG es una lesión hiperplásica poco prevalente, sin embargo, sus características clínicas son muy similares a otras hiperplasias. En consecuencia, es relevante realizar el diagnóstico diferencial entre ellas. En este caso clínico: la anamnesis, el examen clínico y la biopsia, fueron fundamentales para dilucidar el diagnóstico definitivo de la lesión. Primero, la historia clínica no exhibió hábitos asociados al desarrollo de la lesión. Luego, el examen clínico, descartó factores traumáticos como etiología de ésta. Finalmente, la biopsia permitió confirmar el diagnóstico de FCG y descartar, por ejemplo, un fibroma irritativo o papiloma.

Conclusión: El odontopediatra debe reconocer clínicamente estas lesiones poco prevalentes e indicar a tiempo una biopsia para confirmar el diagnóstico.

18. Fibroma osificante periférico, un caso clínico.

Saez Binelli Gabriela Paz, Palacios Inostroza Verónica, Garrido Sepúlveda Juan, Silva López Artemiza, Bravo Valenzuela Maximiliano. Pontificia universidad Católica de Chile.

Se presenta el caso clínico de un paciente, sexo masculino, 41 años de edad, sin antecedentes mórbidos, que consulta por un aumento de volumen en relación a zona maxilar derecha. Paciente relata que lesión ha sido asintomática y de crecimiento lento y progresivo. Al examen clínico se evidencia un aumento de volumen mamelonado en el reborde maxilar superior derecho, de consistencia firme y 4x5 cm de extensión, base de implantación amplia y superficie ulcerada; molares maxilares derechos, en relación a lesión presentaban movilidad. Se realiza biopsia incisional para estudio histopatológico, obteniendo como diagnóstico un Fibroma osificante periférico (FOP). Una vez obtenido el diagnóstico histopatológico, se planifica el tratamiento, el cual consistió en la exéresis de la lesión con márgenes de seguridad adecuados, incluyendo periostio y ligamento periodontal, y el seguimiento continuado del paciente debido al alto porcentaje de recidiva de la lesión (1 de cada 5); además de la eliminación de factores etiológicos ya identificados El FOP es una lesión reaccional de tejido blando de carácter benigno, producto de una irritación o trauma a nivel gingival. Más común en segunda y tercera década de vida, con una ligera predilección por el sexo femenino; y generalmente asintomática. Se manifiesta como tumoración de consistencia firme, circunscrito, de color rosado o rojizo, pudiendo presentar ulceraciones en su superficie y de carácter local agresivo, pudiendo comprometer la movilidad de piezas dentarias. Histológicamente, se caracteriza por ser una masa de tejido conectivo, no encapsulado con calcificaciones y/o zonas de hueso maduro distribuidas al azar.

19. Granuloma piogénico en primer orotejo en paciente con Complejo Esclerosis Tuberosa.

Cordero Torres Karina; Morales Espinosa Rolando, Saldivia Siracusa Cristina, González Arriagada Wilfredo. Universidad de Valparaíso, Facultad de Odontología.

Introducción: Complejo Esclerosis Tuberosa (CET), síndrome neurocutáneo con prevalencia entre 1:5.800-30.000, causa: mutación de genes TSC1 o TSC2. Su diagnóstico se basa en lesiones neurológicas, dermatológicas, renales, cardíacas, oculares y algunas lesiones maxilofaciales descritas incluyen lesiones como pits de esmalte, fibromas gingivales, angiofibromas orofaciales, agrandamiento gingival. El granuloma piogénico (GP) es una lesión benigna vascular que generalmente se presenta en piel o mucosa oral. El objetivo es presentar manifestaciones maxilofaciales de una paciente con CET, que además presenta un GP periungueal del primer orotejo.

Reporte del caso: Mujer, 35 años, fumadora, diagnosticada con CET, epiléptica, tratada con Fenobarbital, Ácido valproico, Lamotrigina y Clonazepam. TC y RNM de encéfalo muestra múltiples calcificaciones. RNM abdominal: adenoma hepático y angiomiolipomas hepáticos y renales. Otros: angiomiofibromas en pómulos y nariz, pits esmalte, fibromas periungueales en manos y pies. En primer orotejo derecho: tumor de 20 x 10 mm, violáceo oscuro, asintomático, con antecedentes de onicomicosis, un mes evolución. Histopatológicamente: tejido conectivo laxo con gran proliferación vascular capilar, infiltrado inflamatorio crónico, rodeada de epidermis acantósica y pequeños focos ulcerados, diagnosticándose como GP.

Discusión: Las manifestaciones sistémicas y maxilofaciales del presente caso concuerdan con lo descrito en la literatura. El GP no se describe como lesión asociada a CET y se describen principalmente en adultos jóvenes. La etiología en este caso, asociada a posible trauma, fármacos que consume, pero no se ha descrito por onicomicosis. Debe hacerse diagnóstico diferencial con lesiones como sarcoma de Kaposi, metástasis cutáneas y melanoma maligno.

Manejo de CET es interdisciplinario. El odontólogo debe conocer problemas sistémicos del CET, medicamentos y afecciones maxilofaciales. El granuloma piógeno puede presentarse como lesiones de crecimiento rápido en piel y debe confirmarse siempre con el estudio histopatológico.

20. Hallazgo Radiográfico de lesión quística asociada a Mesiodens invertido: Reporte de caso.

Tobar Villanueva Nicolas, Melián Rivas Andrés, Marín Medina Fransico, Alegría Villa Daniela, Marino Espinoza Antonio. Universidad Finis Terrae, Facultad de Odontología.

Introducción: El quiste dentigero (QD) es el quiste odontogénico del desarrollo más prevalente. Se relaciona con la corona de dientes incluidos cuya patogenia exacta es desconocida. Se presenta un hallazgo QD en sector anterior maxilar.

Reporte del caso: Paciente masculino, 43 años, consulta en UFT para tratamiento rehabilitador. Relata presión en zona maxilar anterior. Clínicamente, se pesquisa tumoración vestibular y palatina de consistencia firme, recubierta por mucosa normal. Al examen radiográfico se observa área osteolítica corticalizada, con focos radiopacos. En CBCT se aprecia lesión quística, que se relaciona cranealmente con pieza supernumeraria

incluida, en posición invertida. Se realiza instalación de cánula de descompresión y biopsia incisional. El análisis histopatológico muestra membrana quística con revestimiento epitelial escamoso no queratinizado, de pocas capas, y focos de calcificaciones distróficas. Se plantea el diagnóstico de quiste dentígero. Tras 6 meses se realiza control con radiografía panorámica y CBCT, evidenciándose disminución del tamaño de la lesión, por lo que se efectúa enucleación quirúrgica y relleno con hueso liofilizado.

Discusión: Solo el 5% de QD se asocia a supernumerarios y raramente se ha asociado a mesiodens, con una incidencia entre 0,15% y 1.9%. Se ha reportado variantes circunferenciales de QD, lo que podría explicar la inusual presentación de este caso.

Conclusión: Dado al comportamiento clínico del QD y su particular localización en este paciente, es fundamental la ejecución de un completo examen clínico, estudio imagenológico e histopatológico, para la correcta formulación del diagnóstico y plan de tratamiento.

21. Linfoma difuso de células grandes B.

Troncoso Hernández Constanza, Santis Cisternas Verónica, Humeres Sigala Carlos, Mancilla Sierpe Edgardo. Universidad de Antofagasta. Facultad de medicina y odontología. Hospital Regional "Dr. Leonardo Guzmán Antofagasta". Servicio de Anatomía Patológica/Servicio Dental.

Introducción: El linfoma difuso de células grandes B (LDCGB) es una neoplasia de células linfoides B grandes, con un tamaño nuclear de más del doble del tamaño de un linfocito normal que tiene un patrón de crecimiento difuso.

Relato del Caso: Mujer de 60 años, consulta por disfagia. Al examen intraoral se observa un aumento de volumen de base de lengua en lado izquierdo, liso, sin necrosis en la superficie, movilidad normal, con un diagnóstico inicial de tumor de base de lengua. Se solicita imagenología de cara y cuello como examen preoperatorio y posterior cirugía. La biopsia informa una proliferación celular atípica en sábana, en la cual se entremezclan células de núcleo redondeado, hiper cromático, de escaso citoplasma tipo linfocitos, con células de tamaño mediano a grande con gran pleomorfismo nuclear, hiper cromáticas, algunas con citoplasma claro de nucléolo prominente. El diagnóstico inicial sugiere una neoplasia maligna de células linfoides por lo que se solicitan pruebas inmunohistoquímicas para la confirmación del diagnóstico.

Discusión: Más del 50% de los pacientes con LDCGB son mayores de 60 años. Lesiones orales en linfoma a menudo son un componente de la enfermedad más diseminada, a veces el linfoma comienza en los tejidos orales y sin diseminación a otros sitios. La malignidad puede desarrollarse en los tejidos blandos o maxilares.

Conclusión: Los LDCGB, son tumores agresivos, rápidamente fatales si no se tratan. No obstante, con una combinación de quimioterapia intensiva, se pueden lograr remisiones completas entre un 60 y 80% de los pacientes.

22. Mucocele en cara ventral de lengua post frenectomía lingual.

Muñoz Díaz Alicia, Tirreau Tapia Victor, Espinoza Santander Iris, Farías Vergara Marcela. Facultad de Odontología. Universidad de Chile.

Los mucoceles se producen por ruptura de glándula salival menor que generará colección de saliva en el tejido conjuntivo, interpretada como cuerpo extraño generando una cápsula fibrosa alrededor. Por esto es denominado pseudoquiste debido a que es una cavidad no recubierta por epitelio. Paciente, 20 años, sexo femenino, se realiza frenectomía lingual en clínica particular. Relata aparición de aumento de volumen en lengua dos semanas después, que se mantiene dos meses post cirugía. Al examen intraoral se observa lesión vesiculosa de límites definidos en cara ventral de lengua de 2x2 cm de tamaño, fibrosa, indolora, en plano profundo. Hipótesis diagnóstica mucocele. En ecografía se describe zona principalmente anecogénica con límites definidos. Se deriva a cirugía maxilofacial para biopsia excisional mediante enucleación. Examen histopatológico describe muestra formada por fragmentos de tejido que parecen delimitar cavidad pseudoquística limitada por tejido de granulación. Además, se observan glándulas salivales menores y vasos sanguíneos hiperémicos. Diagnóstico compatible con quiste por extravasación mucosa (mucocele). Es inusual la aparición de estas lesiones en cara ventral de la lengua. Por antecedente que relató la paciente, es probable que durante cirugía de frenectomía lingual existió durante diéresis o sutura una ruptura de glándula salival menor que generó la aparición de esta lesión posteriormente. Por esta razón, es necesario realizar una técnica quirúrgica teniendo presente que existen glándulas salivales menores en la lengua, evitándolas para que no exista su ruptura y posteriores complicaciones que desencadenarán la necesidad de otra intervención quirúrgica.

23. Odontoma complejo asociado a un proceso inflamatorio, presentación de un caso.

Vera Constanza, Rojas Gabriel, Saez Raúl, Iris Espinoza. Universidad de Chile, Facultad de Odontología.

El odontoma corresponde al tumor odontogénico más común. Tiene un crecimiento lento y no agresivo, pero puede alcanzar gran tamaño hasta provocar deformidad ósea y/o retención de piezas dentarias. Está constituido por los distintos tipos de tejido dentario y existen dos tipos: complejo y compuesto, con diferente presentación histológica.

Caso clínico: Paciente sexo femenino 32 años, sin antecedentes mórbidos relevantes ni consumo de fármacos. Consulta por mal olor en la boca. Cínicamente se observa un aumento de volumen discreto en la hemimaxila izquierda. Se realiza la extracción de la piza 2.6 con enfermedad periodontal avanzada, expulsándose en la cirugía gran cantidad de secreción purulenta y un material blando. Persiste el mal olor y la secreción. En radiografía panorámica se observa como hallazgo una lesión tumoral, radioopaca, en zona p. 2.6 y 2.7 y además p. 2.8 desplazada sobre esta lesión. En biopsia incisional se diagnostica un odontoma complejo.

Al no existir resolución del proceso inflamatorio, se solicita una tomografía computada informándose un odontoma complejo, rodeada por un gran área hipodensa pericoronaria que provoca la comunicación hacia la cavidad oral. Se realiza excéresis completa del tumor, informándose histopatológicamente un odontoma complejo y un proceso inflamatorio

crónico. Actualmente la paciente se encuentra asintomática y la lesión se encuentra en reparación.

Discusión: El odontoma complejo puede provocar complicaciones. Es necesario un adecuado diagnóstico y tratamiento.

24. Primoinfección por Virus Herpes Simple Tipo 1 en Adultos: reporte de un caso.

Mackines Pesce Valentina, Bravo Sánchez Esteban, Mujica Valenzuela Isidora. Universidad de los Andes. Facultad de Odontología.

Introducción: en adultos la primoinfección por virus herpes simple tipo 1 (VHS-1) se manifiesta más frecuentemente como faringotonsilitis que como gingivostomatitis. Se presenta caso de paciente de 24 años, sin tonsilas, con primoinfección por VHS-1 que se manifestó como faringitis y úlceras orales.

Reporte del caso: paciente sexo F, 24 años de edad, con antecedentes quirúrgicos de tonsilectomía (abril 2018), consulta por cuadro de faringitis, odinofagia y fiebre de 3 días de evolución. Consultó previamente con médico general, quien prescribió AINEs y como el dolor no cedió, busca una segunda opinión. Al examen extraoral presenta linfadenopatía submandibular bilateral. Al examen intraoral presenta úlceras en mucosa yugal, mucosa labial, y en pilares anteriores de la orofaringe. Se solicita hemograma, perfil bioquímico, serología para IgG e IgM antiVHS-1/2, ELISA para VIH. Paciente presenta hematocrito disminuido, VCM disminuido, IgG e IgM positivas para VHS-1. Se diagnostica primoinfección por virus herpes simple tipo 1 y se trata exitosamente con valaciclovir.

Discusión: la seroprevalencia de VHS-1 es de un 80% en adultos de estrato socioeconómico bajo y de 50% en estratos altos. La primoinfección se manifiesta como faringotonsilitis preferentemente en pacientes inmunodeprimidos. Entre los diagnósticos diferenciales deben incluirse enfermedades que causen síndrome tipo mononucleosis infecciosa (incluyendo VHS-2).

Conclusión: frente a sospecha de primoinfección por vhs-1 en adultos se debe complementar el diagnóstico clínico con exámenes de laboratorio, y se debe tratar el cuadro oportunamente para evitar complicaciones.

25. Queilitis actínica-traumática en labio superior e inferior: reporte de un caso.

Vasquez Pereira Daniela, Hussein Rojas Nayib, Rojas Zuñiga Gabriel, Maturana Ramirez Andrea, Palacios Inostroza Verónica. Universidad de Chile, Facultad de Odontología. Hospital Sótero del Río, Unidad de Anatomía Patológica.

Introducción: El término queilitis es utilizado para referirse a estados inflamatorios de los labios de distinta índole. Esta condición puede ser de carácter crónico o agudo y comprometer piel, bermellón y/o mucosa labial. La queilitis actínica (QA) se asocia a la exposición prolongada a radiación ultravioleta (UV), mientras que la queilitis traumática (QT) es provocada por la irritación persistente de una superficie labial previamente dañada, consecuente a un hábito de mordisqueo.

Reporte del caso: Mujer, 55 años, sin antecedentes mórbidos. Acude por la presencia de lesiones en labio superior e inferior, con 4 años de evolución, asociadas a dolor y sangrado.

Relata que trabajó como temporera y que, debido a episodios de estrés, se muerde los labios. Clínicamente presenta lesiones erosivas en bermellón y piel de labio superior e inferior, color eritematoso, superficie irregular, límites parcialmente definidos, asociadas a la formación de costras, atrofia e hiperpigmentación. Diagnóstico: QA y QT. Se indica corticoide tópico durante 2 semanas, pomada cicatrizante y cese del hábito parafuncional. Al control, destaca ausencia de sintomatología, clínica compatible con salud y bajos niveles plasmáticos de vitamina D. Se indica el uso permanente bálsamo labial con filtro solar 30, ungüento de matico, vitamina D y controles.

Discusión: La QT y QA se pueden presentar de forma simultánea, por lo que es fundamental enfocar el tratamiento en eliminar el agente causal, usar corticoide tópico, aplicar medidas de alivio, prevenir la exposición prolongada a la radiación UV y usar protector solar.

Conclusión: El diagnóstico de queilitis se basa en identificar las características clínicas y el agente causal. Dado que la exposición a radiación UV se vincula con la aparición de desórdenes potencialmente malignos en labio, es esencial evitar la exposición solar prolongada, tratar oportunamente y realizar controles periódicos.

26. Queratoquiste en línea media mandibular, reporte de un caso.

Salvo Salas Daniel, Muñoz Olate Gonzalo, Abarca Contreras Ulises, Córdova Luis, Farías Vergara Marcela. Universidad de Chile, Facultad de Odontología.

Introducción: Los huesos maxilares están afectados por diferentes lesiones centrales, principalmente tumores y quistes de origen odontogénico, compartiendo entre ellas el aumento de volumen, crecimiento y desplazamiento de diversas estructuras. Muchos de ellos pueden presentarse como hallazgos radiográficos o con mayor frecuencia asociados a algún signo o síntoma.

Reporte de Caso: Paciente mujer de 45 años de edad ingresa a Clínica de Medicina Oral de la Universidad de Chile consultando por aumento de volumen en zona anterior de la mandíbula de hace 6 meses con dolor 6/10 en escala EVA que se irradia hasta zona preauricular de carácter palpitante. Al examen físico se observa un aumento de volumen que hace cuerpo con el hueso que abarca vestíbulo antero inferior de límites definidos, renitente, de coloración violácea. Al examen radiográfico se detalla extensa área hipodensa, multiloculada que abarca desde 4.6 a 3.4, provocando desplazamiento de los dientes sin rizálisis, adelgazamiento expansión y discontinuidad de la cortical vestibular. A la punción aspirativa, se observa contenido amarillo compatible con queratina.

Discusión: Dentro de los diagnósticos diferenciales, esta el Queratoquiste y Granuloma central de células gigantes, compartiendo radiográficamente su forma multiloculada, límites netos y adelgazamiento de la cortical vestibular, la sintomatología en el queratoquiste esta asociada a una sobreinfección mientras que en el Granuloma es una característica propia, sin embargo la localización en la línea media de esta lesión es mas frecuente en el Granuloma central de células gigantes.

Conclusión: Para un correcto diagnóstico y tratamiento, es fundamental un equipo multidisciplinario que mejore el pronóstico de estas lesiones extensas, que abarque estudio clínico, imagenológico y fundamental el histopatológico.

27. Queratoquiste odontogenico de gran tamaño: reporte de un caso.

Cornejo Hevia Valentina, Alarcon Reyes Felipe, Muñoz Cortes Rodrigo, Achocalla Tarquines José, Droguett Ossa Daniel. Universidad de Talca, Facultad de Odontología. Hospital Regional de Talca.

Introducción: El queratoquiste odontogénico (QQO) es un quiste odontogénico del desarrollo el cual ha concitado mucha discusión, ya sea por ser considerado como un tumor hasta hace poco tiempo o por sus posibles orígenes, aceptándose que puede derivar de restos de la lámina dental y/o de otras lesiones de tipo odontogénico previas. Esta lesión se caracteriza por alcanzar grandes tamaños y tener un alto porcentaje de recidivas.

Reporte del Caso: Paciente de género masculino de 20 años de edad, sistémicamente sano, que acude a consultar al servicio de cirugía maxilofacial por extensa lesión radiolúcida multilocular que compromete prácticamente toda la rama y parte importante del cuerpo mandibular izquierdo, asociado a pieza 3,8 incluida, de borde netos, que expande y adelgaza las corticales vestibular y lingual, desplazando la pieza incluida y el canal mandibular, adelgazando el borde basilar. Al examen clínico se aprecia aumento de volumen duro. Se realiza biopsia incisional e instalación de cánula de descompresión. La biopsia demuestra la presencia de un epitelio plano pluriestratificado que en algunas áreas es muy delgado con solo 2 o 3 capas de células poliédricas y otras áreas más gruesas de 10 a 12 capas, con células basales en empalizada y paraqueratina en su superficie. El tejido conectivo subyacente se aprecia con un abundante infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario.

Discusión: La gran presencia de restos epiteliales que quedan como resabio de los procesos de odontogénesis, hacen que el QQO tenga una alta prevalencia en los maxilares. La presencia de otras lesiones de origen odontogénico, ya sea del desarrollo o inflamatorio favorecen aún más el desarrollo del QQO y otras lesiones más agresivas. El manejo de estos casos es complejo ya que el la posibilidad de recidiva es sumamente alta.

Conclusión: Se necesita recordar la importancia de control radiográfico periódico y eliminar de manera temprana cualquier tipo lesión que pudiese ser susceptible de transformarse en un QQO.

28. Repercusiones de un odontoma compuesto en paciente pediátrico: reporte de un caso.

Lagos Díaz Mauricio, Lagos Cerón Rocío, Pimentel Gisela. Universidad de Chile, Facultad de Odontología.

El odontoma es el tumor odontogénico benigno más prevalente representando el 44,7%. Está formado por tejido dentario, epitelio odontogénico y tejido mesenquemático, se presenta entre la 1° y 2° década de vida sin predilección por sexo. Se clasifica en odontoma complejo y compuesto, siendo este último más prevalente. Son lesiones asintomáticas y su hallazgo radiográfico es casual. Se sitúan generalmente en el área de incisivos y caninos maxilares, seguida por sector anteroinferior y posteroinferior. Puede generar complicaciones locales como retención dentaria, desplazamiento de dientes o destrucción ósea. El tratamiento es quirúrgico.

Caso clínico: Paciente masculino, 9 años, consulta en Clínica FOUCH para estudio integral Al examen intraoral se observa diente 2.1 en giroversión. Se solicita radiografía periapical

de diente 2.1, donde se observa una lesión radiopaca entre 2.1 y 1.1, compatible con odontoma compuesto. Se deriva a cirugía para extracción y posteriormente tratamiento de ortodoncia.

Discusión: La imagen radiográfica coincide con la descripción de odontoma compuesto. Se presenta en paciente de 9 años, estando dentro de la prevalencia más común que es entre la 1° y 2° década. Está ubicado en incisivos maxilares, siendo lo más frecuente. En este caso la presencia del odontoma generó desplazamiento dentario, dejando al diente 2.1 con una severa malposición.

Conclusión: Ante una malposición severa de algún diente o su ausencia, se debe sospechar la presencia de un odontoma, ya que es el tumor odontogénico más frecuente, por lo que se debe solicitar exámenes complementarios, siendo el histopatológico lo que determinará el diagnóstico definitivo.

29. Reporte de Caso clínico: Síndrome de Laugier-Hunziker.

Sotelo Pérez, Alberto, Espinoza Santander Iris, Salinas Espinoza, María Paz. Universidad de Chile, Facultad de Odontología, Facultad de Medicina.

Introducción: El Síndrome de Laugier-Hunziker (SLH) es un trastorno benigno caracterizado por la presencia de múltiples máculas de color café oscuro a negro en mucosa bucal y labios, frecuentemente asociadas con melanoniquia longitudinal en ausencia de enfermedad sistémica. Reporte: Paciente hombre, 59 años consulta en la Facultad de Odontología- U. de Chile preocupado al autodetectar múltiples lesiones pigmentadas en mucosa de labio y mejillas, de reciente aparición. En sus antecedentes mórbidos presenta hipertensión arterial e hígado graso. Relata cirugías por cálculo renal y rodilla hace 2 años. No presenta alergias. Los medicamentos que consume son Losartán 50 mg al día por la mañana, Atorvastatina 10 mg al día por la noche y Colágeno hidrolizado 15 ml al día. El paciente fue fumador, hace 26 años. Su pareja fuma de 5 a 10 cigarros diarios. Consume alcohol menos de 1 vez por semana. Se cepilla 2 veces al día y usa colutorio. Al examen intraoral se observa múltiples máculas orales en mucosa de mejilla, labios, lengua y paladar. El paciente es derivado a Endocrinólogo para descartar enfermedad de Addison. Presenta valores de Cortisol 10.3 (VN:5-25) y Adrenocorticotrofina de 44.3 (VN: 7.2-63.3). Discusión: El estado del paciente al descartar enfermedad sistémica junto con la morfología de las lesiones nos permite dar el diagnóstico de SLH. Conclusión: La importancia clínica de esta condición radica en la necesidad de diferenciarla de otras enfermedades que presentan un cuadro clínico similar, que pueden asociarse a compromiso sistémico diverso e incluso al desarrollo ulterior de neoplasias malignas.

30. Sífilis y Manifestaciones Orales : Presentación de un caso.

Carrasco Raimondi Alexis, Castillo Guerra Carolina, Martínez Rondanelli Benjamín. Complejo Asistencial Barros Luco, Servicio de Especialidades Odontológicas. Universidad Mayor, Servicio de Diagnóstico y Patología Oral.

La sífilis es una enfermedad descrita como de transmisión sexual, la cual ha tenido un aumento en la incidencia en nuestro país. La sífilis secundaria es el resultado de la diseminación hematógena y linfática del *Treponema pallidum* a diferentes órganos y tejidos. Dentro de las manifestaciones clínicas se describen maculas o lesiones en parche bilaterales en la mucosa oral.

Presentamos el caso de un hombre de 37 años de edad Vih (+), que consulta en Servicio de especialidades odontológicas del Hospital Barros luco por lesiones intraorales dolorosas, con aparición de hace 1 mes. Al examen intraoral se observan lesiones en parche de color amarillentos en cara interna de mejilla y labios con dolor a la palpación. En la anamnesis paciente descarta tener historia de sífilis o alguna enfermedad que pueda tener similitud con esta . Se realiza biopsia insicional de cara interna de mejilla y se solicitan exámenes complementarios.

El informe Histológico describe un epitelio plano estratificado hiperplásico con exocitosis , abundante infiltrado linfocitario - plasmocitario en tejido conjuntivo y algunas zonas perivasculares. Se decide realizar Inmunohistoquímica contra *Treponema Pallidum* la cual muestra positividad.

Es importante utilizar variados métodos para diagnosticar esta enfermedad y descartar otras, principalmente en pacientes de alto riesgo. Estas manifestaciones orales con principalmente en labios, lengua y paladar las cuales son altamente contagiosas, es por esto que es de suma importancia su diagnóstico oportuno y manejo integral del paciente.

31. Síndrome de Stevens-Johnson: Reporte de un caso clínico.

Valenzuela Álvarez Juan, Astudillo Urrea Gisselle, Fernández Moraga Javier, Olivares Campillay Paulina, Fernández Moraga Alejandra. Universidad Andrés Bello. Hospital San José

Introducción: el Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) es una enfermedad poco frecuente y grave. Su patogenia es desconocida, pero generalmente es desencadenada por una reacción de hipersensibilidad a fármacos. DDJ afecta a diferentes zonas del cuerpo, destacando la cavidad oral ojos, faringe, laringe, esófago, piel y genitales.

Reporte del caso: Mujer de 23 años de edad, con diagnóstico de esquizofrenia, consumo de alcohol y drogas fue hospitalizada en Instituto psiquiátrico. Los fármacos en uso previo a la hospitalización eran Quetiapina, Haloperidol, ácido Valproico, Clonazepam. Durante la hospitalización se inició tratamiento con Lamotrigina y a los 4 días la paciente presentó erupción cutánea y edema en la región facial, compromiso ocular y úlceras en labios y mucosa bucal. A los 4 días siguientes se observaron costras hemáticas en la región facial. La paciente fue tratada en la UTI, Hospital San José.

Discusión: Existe evidencia clínica que el consumo de Lamotrigina junto con Ácido Valproico desencadenan SSJ y aumentan la severidad de las lesiones cutáneas. Su diagnóstico es clínico.

32. Tratamiento descompresivo de un queratoquiste odontogénico

Sánchez Martínez Oscar Omar, Sepúlveda Carvajal Diego Andrés. Universidad de Concepción.

Introducción: El Queratoquiste Odontogénico (QO) constituye un tipo histológico de los quistes odontogénicos de desarrollo que se presenta entre la segunda y tercera década de la vida, tiene una prevalencia del 4% al 12%. La ubicación más frecuente es en la zona del tercer molar inferior, ángulo mandibular desde donde progresan hacia la rama y el cuerpo,

pudiendo expandirse en gran tamaño. Reporte del caso: Paciente femenino, de 24 años, recurre a la facultad de odontología por movilidad dentaria en la pieza 4.7, relata que hace 5 años había tenido una lesión radiolúcida en relación con la pieza 4.8. al examen radiográfico se observa imagen radiolúcida compatible con lesión quística se decide realizar biopsia y cánula descompresiva. La histología muestra Queratoquiste odontogénico, a los 6 meses se decide realizar la quistectomía, y realizar una nueva biopsia, hasta la actualidad ha evolucionado favorablemente sin signos ni síntomas de la patología. Discusión: El QO es una entidad benigna, muy invasivo y tiene una íntima relación con los dientes retenidos. Los tratamientos son múltiples y a la vez controversiales, pero siempre el fin es poder disminuir la recurrencia, ya que esta bordea entre el 30% y 60%, es muy importante tener presente que en porcentajes bajos el epitelio del QO puede transformarse en un ameloblastoma y en casos muy raros en carcinoma espinocelular. Conclusiones: Este caso deja en evidencia la importancia de un buen diagnóstico diferencial por el tratante para una detección y tratamiento oportuno, la necesidad de medidas preventivas, y la importancia de controles periódicos en este tipo de lesiones.

33. Úlcera intraoral por contacto con hipoclorito de sodio.

Torres Manríquez Coral, Rojas Zuñiga Gabriel, Maturana Ramírez Andrea, Mardones Muñoz Marcelo. Hospital San José. Universidad de Chile, Facultad de Odontología.

Introducción: El hipoclorito de sodio es un irrigante utilizado en tratamientos endodónticos. Su filtración descuidada hacia los tejidos mucosos circundantes produce necrosis química del tejido oral en contacto, manifestándose como úlcera dolorosa aguda.

Reporte del caso: Mujer, 77 años, antecedentes de cáncer gástrico, anemia, hipertensión y diabetes, es derivada a Hospital San José por úlcera en cara interna de labio inferior, 3 semanas de evolución. Paciente refiere aparición de lesión posterior a tratamiento endodóntico en pieza 24. Se observa úlcera en fondo de vestíbulo de dientes anteroinferiores con fondo amarillo, bordes indurados, solevantados, diámetro 20x20mm. Zona mentoniana eritematosa y febril. Se palpa linfonodo submandibular móvil y doloroso. Se solicitan exámenes de laboratorio y se inicia antibioterapia más enjuagues con matico. Una semana después la úlcera aún no cicatriza. Exámenes solicitados normales. Se mantienen indicaciones de tratamiento inicial. Control a las 3 semanas, úlcera cicatriza por completo.

Discusión: Una exposición breve de la mucosa al hipoclorito de sodio genera una úlcera blanquecina dolorosa. Al aumentar el tiempo de exposición, la necrosis avanza, el epitelio afectado se separa del tejido subyacente, revelándose tejido conjuntivo rojo y sangrante que posteriormente se cubrirá con una membrana amarillenta fibrinopurulenta. Una cobertura de antibióticos promueve la curación y previene la propagación de necrosis, evitando su sobreinfección.

Conclusión: Lesiones ulcerosas por contacto directo con hipoclorito son prevenibles. Clínicamente se caracterizan por dolor súbito y contacto directo al agente químico. Es importante determinar historia de la lesión para correlacionar con clínica y dar tratamiento adecuado, descartando diagnósticos diferenciales

Estudios de investigación

1. Alergia a materiales e insumos odontológicos. Revisión de la literatura.

Araneda Rojas Sebastián Rodrigo, Kemmerling Weis Ulrike, Venegas Rojas Bernardo. Universidad San Sebastián, Facultad de Odontología. Universidad de Chile. Universidad de Talca.

Introducción: En la atención odontológica se utilizan múltiples y diversos materiales e insumos que podrían eventualmente desencadenar una reacción de hipersensibilidad. Sin embargo, el conocimiento sobre los potenciales alérgenos odontológicos es escaso y se subestima la respuesta inmunitaria sistémica que puede eventualmente poner en riesgo vital al paciente.

Objetivo: realizar una revisión bibliográfica actualizada sobre casos reportados por hipersensibilidad a materiales odontológicos.

Material y método: se realizó una revisión bibliográfica en la base de datos PubMed con los términos “allergic contact stomatitis” e “hypersensitivity stomatitis oral”, en artículos en inglés, de los últimos 5 años.

Resultados: se encontraron 141 artículos de los cuales 33 se ajustaban al objetivo del trabajo. Los casos reportados refieren alergia a resinas dentales, acrilatos, aleaciones metálicas con níquel, cobalto, cromo, paladio, implantes de titanio, y clorhexidina. Las técnicas más utilizadas para el diagnóstico fueron el test cutáneo de parche y el prick test. Los signos clínicos mayormente reportados fueron estomatitis oral, queilitis, reacción liquenoide, dermatitis, y sensación de boca urente.

Conclusiones: existen diversos materiales en la consulta odontológica que pueden desencadenar una reacción de hipersensibilidad de tipo I o IV, pudiendo comprometer la vida del paciente si es que no se toman las medidas preventivas. Se recomienda realizar una exhaustiva anamnesis orientando hacia situaciones de alergia en la consulta odontológica.

2. Caracterización de condiciones y lesiones de mucosa oral en población pediátrica atendida en la Clínica Odontológica de la Universidad de Chile.

Mondaca Cabrera Paula, Pennacchiotti Vidal Gina, Espinoza Santander Iris. Universidad de Chile, Facultad de Odontología.

Introducción: La patología oral pediátrica abarca una variedad de entidades con expresiones clínicas diversas. Estudios en población pediátrica son escasos en Chile.

Objetivos: Describir la frecuencia y características de las condiciones y lesiones de mucosa oral que presentan niños atendidos en las Clínicas de Odontopediatría de la FOUCH durante el año 2018 y determinar diferencias según etiología.

Material y método: Estudio de corte transversal y analítico. Se efectuó un examen clínico intraoral a cada paciente entre 4 a 13 años, de ambos sexos, cuyo apoderado autorizó participar. Posteriormente, se completó una ficha clínica, registrando lesiones y/o condiciones encontradas, antecedentes médicos e información sobre hábitos y estrés cotidiano. Se describió con porcentajes e intervalos de confianza. Se realiza un análisis de Chi cuadrado para analizar las diferencias usando STATA 14.0

Resultados: Con una muestra total de 179 pacientes, la frecuencia de condiciones y lesiones de mucosa oral fue de un 65,9% y 36,9% respectivamente. Las lesiones traumáticas fueron las más frecuentes con un 71,4% del total de tipos lesiones observadas, mientras que las lesiones infecciosas presentaron un 14,3%, mismo porcentaje que obtuvieron las lesiones asociadas a reacciones inmunitarias.

Conclusión: Ante los resultados obtenidos es necesario continuar realizando investigaciones sobre prevalencia de la patología oral pediátrica, por los pocos estudios que existen actualmente, siendo útil este conocimiento por los nuevos y futuros programas de salud ministeriales en Chile con cobertura en niños.

3. Células Madres Pulpares Humanas y su Potencial Neovascular en Regeneración en modelo *in vivo*.

Quintana Benjamín, Salazar Anabalón Isidora, Barrientos Sofía, Basualdo Allende Javier, Acuna-Mendoza Soledad. Universidad de Chile, Facultad de Odontología.

Introducción: El proceso reparativo en el territorio maxilofacial requiere del aporte sanguíneo para asegurar la neo-formación de tejidos. Se ha descrito que las Células Madres Mesenquimáticas de la Pulpa Dentaria humana (hDPSC) tienen un potencial para participar en la formación de vasos. Sin embargo, aún no se ha evaluado ese potencial en un contexto de regeneración.

Objetivo: El objetivo de este estudio es evaluar su potencial angiogénico y/o vasculogénico de las hDPSC en un contexto de regeneración en un modelo *in vivo*.

Método: Los procedimientos fueron aprobados por el CEC-FOUCH y CICUAL-FOUCH. Las hDPSC fueron recuperadas del tejido pulpar de terceros molares de pacientes sistémicamente sanos y cultivadas en medio DMEM suplementado con 10% de suero fetal bovino y FGF2. La evaluación *in vivo* del potencial angiogénico, se realizó en un modelo de implantación subcutánea y de defecto crítico de calota de ratón, en el cual, las células pulpares serán implantadas y se evaluará su participación en la formación de vasos sanguíneos con técnicas de inmunohistoquímica.

Resultados: Los análisis histológicos revelan la formación de vasos sanguíneos dentro de los implantes subcutáneos y dentro de los defectos de calota. El análisis inmunológico revela que las hDPSC pueden formar vasos sanguíneos en un contexto de regeneración ósea.

Conclusión: Los procesos de regeneración tisular, requieren de la formación de vasos para asegurar un aporte de nutrientes y oxígeno. El potencial vascular que presentan las hDPSC podría ser aprovechado en múltiples contextos de regeneración tisular.

4. Células pulpares progenitoras humanas y sus potencialidades en regeneración de tejidos duros en modelo in vivo murino.

Delgado Paulo, Fuentes Edgar, Poblete Daniela, Torres-Quintana M^a Angélica, Acuña-Mendoza Soledad. Universidad de Chile, Facultad de Odontología.

Introducción: El tratamiento de algunas patologías en el territorio maxilofacial involucra la exéresis de porciones importantes de tejido duro. En ocasiones, la rehabilitación se basa en la utilización de prótesis maxilofaciales. Actualmente, existen alternativas terapéuticas basadas en técnicas de regeneración o ingeniería tisular. Las Células Madres Mesenquimáticas de la Pulpa Dentaria humana (hDPSC), se presentan como una herramienta en ese dominio dada su capacidad de formar tejidos duros.

Objetivo: El objetivo de esta investigación es evaluar las potencialidades *in vivo* de las hDPSC en la regeneración de tejidos duros en un modelo de defecto crítico de calota de ratón.

Métodología: Todos los procedimientos fueron aprobados por el CEC-FOUCH y CICUAL-FOUCH. Las hDPSC son cultivadas en medio DMEM con 10%FBS/FGF2. Luego, se implantan dentro de una matriz 3D e inducidas hacia un programa osteogénico durante 3 días. Las matrices cargadas con hDPSC se implantan en defectos críticos en calota de ratón, un modelo de regeneración *in vivo*. El nivel de reparación de los defectos es evaluado con imagenología en MicroCT, microscopía electrónica de barrido e inmunohistoquímica a diferentes tiempos.

Resultados: Los análisis con MicroCT, muestran la formación de una matriz mineralizada al interior de los defectos críticos, después de un mes de la implantación. Los análisis de microscopía electrónica de barrido evidencian la formación de una nueva matriz constituida de elementos similares al hueso nativo. Finalmente, los análisis histológicos muestran un rol directo de las hDPSC en la formación de matriz mineral luego de tres meses post implantación.

Conclusiones: Las hDPSC podrían ser candidatas para terapia regenerativa de defectos óseos, siendo una fuente autóloga de células progenitoras derivadas de la cresta neural.

5. Comparación de expresión inmunohistoquímica de proteína Gli-1 en queratoquistes odontogénicos y carcinomas basocelulares.

Oyarzún Puga Esteban, Espinoza Santander Iris, Escobar López Enrico, Velozo Papez Luis, Ortega Pinto Ana. Universidad de Chile, Facultad de Odontología.

Se han identificado una extensa variedad de alteraciones moleculares y genéticas subyacentes a los queratoquistes odontogénicos. Dentro de éstas, la más reconocida es la mutación del gen PTCH1, un supresor de tumores cuya proteína codificada participa como receptor integral de membrana de una compleja vía de señalización intracelular, denominada como vía SHH/GLI, cuyos productos finales son las proteínas GLI-1 y GLI-2. Éstas actúan como factores de transcripción, activando variados genes blancos relacionados con el ciclo celular y la proliferación celular.

Siendo el SNBC un trastorno con alta morbilidad para los pacientes afectados, de expresividad variable, con criterios diagnóstico difíciles de pesquisar clínicamente, se hace necesario contar con métodos anatomopatológicos o moleculares más accesibles y con mayor exactitud. En este contexto, aparecen los estudios de caracterización

inmunohistoquímica abren posibilidades tanto a nivel diagnóstico como para futuras investigaciones.

Si bien se han realizado caracterizaciones inmunohistoquímicas de los componentes de la vía SHH/GLI en CBC y meduloblastomas, son muy pocas las publicaciones que lo han hecho en queratoquistes odontogénicos.

Hipótesis: Los QO asociados a SNBC presentan una mayor expresión de las proteínas Gli-1, que los QO esporádicos, dado su mayor potencial de agresividad local.

Materiales y Métodos: 27 Muestras incluidas en parafinas con diagnóstico de QO esporádicos, QO asociados al SNBC y CBC fueron sometidas a técnica inmunohistoquímica, con anticuerpo primario anti Gli-. Cortes resultantes evaluados con microscopio óptico en aumento de 40x y toma de microfotografías.

Resultados Preliminares: Los resultados actuales están siendo procesados con Image-J, realizando el conteo del total de células epiteliales positivas para el anticuerpo en estudio. (método semi cuantitativo).

6. Helicobacter pylori: Posible asociación con Liquen plano oral.

Araneda Rojas Sebastián Rodrigo, Kemmerling Weis Ulrike, Venegas Rojas Bernardo, Castillo Rivas Christian. Universidad San Sebastián, Facultad de Odontología. Universidad de Chile. Universidad de Talca.

Introducción: El liquen plano (LPO) es una enfermedad mucocutánea inflamatoria crónica, de etiopatogenia desconocida con potencial de transformación maligna. Histopatológicamente se describen LPO hipertrófico y atrófico. Helicobacter pylori (H. pylori) bacilo gram negativo flagelado, se considera factor etiológico de úlcera y cáncer gástrico. Su principal reservorio es estómago, pero está presente en biofilm oral, sacos periodontales y saliva. Se ha asociada la presencia de H. pylori a LPO. Sin embargo, no se ha estudiado la asociación de esta bacteria con las distintas variantes histopatológicas de LPO.

Objetivo general: estudiar la posible asociación entre H. pylori y los tipos histopatológicos de LPO. Objetivos específicos: 1) identificar la presencia de la bacteria en biopsias de LPO. 2) Asociar la presencia de H. pylori con los tipos histopatológicos de LPO.

Materiales y métodos: Se analizaron 28 fichas clínicas y biopsias de pacientes con LPO, se efectuó el análisis histopatológico y se detectó la presencia de H. pylori mediante PCR semicuantitativo.

Los resultados fueron analizados mediante el test exacto de Fisher mediante el SPSS (IBM SPSS, Nueva York, EE.UU.). Se consideró un $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. Resultados: Pacientes Helicobacter pylori oral positivos manifiestan LPO a una edad más tempranamente que los pacientes negativos para la bacteria ($p=0.03$).

Discusión: H. pylori induciría inflamación crónica en la mucosa oral, lo que causaría alteraciones epiteliales y una manifestación temprana de LPO.

Conclusión: H. pylori se relacionaría con una aparición temprana de LPO, sin embargo se requieren mayores estudios para establecer los mecanismos fisiopatológicos exactos.

7. Percepción de Estudiantes de Odontología sobre la Campaña “Besa la Vida, Cuida tu Boca”, como herramienta de educación popular en Cáncer Oral.

Aravena Cornejo Katherina, Farías Vergara Marcela, Reyes Borquez Varinia. Universidad de Chile, Facultad de Odontología.

Introducción: El cáncer oral, corresponde al 1,6 % de todos los cánceres detectados en Chile, neoplasia maligna que de ser diagnosticada en forma precoz puede tener un buen pronóstico. Por lo tanto el odontólogo debe desempeñar funciones de educador y lograr cambios como crear hábitos saludables y fomentar el autoexamen en sus pacientes y en el colectivo. La Facultad de Odontología de la Universidad de Chile se propuso realizar una estrategia de intervención educativa por medio de una campaña llamada “Besa la Vida, Cuida tu Boca”.

Objetivo: Evaluar el valor que le otorgan de nuestros estudiantes a la Campaña “Besa la Vida, Cuida tu Boca” como aporte a su formación en educación popular hacia el colectivo en prevención de cáncer oral.

Metodología: Se realizó una encuesta con preguntas cerradas y abiertas, a los estudiantes del grupo de la UTE Intervención Familiar y Comunitaria, encargados de realizar la Campaña enfocada en la prevención del cáncer oral en una junta de vecinos.

Resultados: La mayoría de los alumnos comentan que han tenido formación específica en cáncer oral. Con respecto a la Campaña, están de acuerdo que la estrategia es potente, siendo la conversación individual la actividad clave y desafío para ellos, una nueva forma en la académica que crea impacto e integración con la población. Conjuntamente opinan que contribuye a su formación como educadores colectivos y que participarían nuevamente, aunque la mayoría propone que no debiese ser obligatoria.

Conclusión: Es importante potenciar el rol de la campaña como herramienta para formar desde la acción a nuestros estudiantes en educación popular y colectiva.

Sesión

Clínica-Patológica: Casos clínicos orales

1. Palacios Inostroza Verónica, Garrido Juan Antonio, Collao Cepeda Jaime. CDT Hospital Dr. Sotero del Río, Servicio de Salud Metropolitano Suroriente.

Paciente de sexo masculino de 68 años, consulta por nódulo en zona del paladar que nota tres semanas antes. Nódulo indoloro que fue descubierto debido a que el paciente acudió por odontalgia y gingivorragia a servicio de urgencias. El paciente presenta antecedentes de consumo crónico de alcohol, Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial. Se realiza estudio histopatológico e imágenes.

2. García Duhalde Catalina, Rojas Alcayaga Gonzalo. Departamento de Patología y Medicina Oral, Facultad de Odontología, Universidad de Chile y Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Mujer de 87 años de edad, consulta por lesiones dolorosas en paladar, reborde alveolar y fondo de vestíbulo izquierdo, de apariencia verrucosa con zonas blanquecinas y zonas ulceradas - eritematosas. La paciente se encuentra en tratamiento por Liquen Plano Oral hace 15 años, teniendo períodos de remisión y activación de las lesiones en distintas zonas de la mucosa oral a través de los años. Paciente ha estado en tratamiento con corticoides tópicos y al no hacer efecto, se sustituyó el tratamiento por Tacrólimus tópico por los últimos 6 años. También hay historial de sobreinfección de las lesiones orales con cándida y su tratamiento de miconazol al 2% aplicación tópica. Paciente cuenta con 3 biopsias anteriores, dos diagnosticadas como liquen plano oral y una como liquen plano oral con displasia leve.

3. Droguett Ossa Daniel, Contreras Meza Paula, Morales Molina Diego, Venegas Rojas Bernardo, Reyes Olave Pablo. Unidad de Patología y Medicina Oral, y Unidad de Cirugía Bucal y Maxilofacial, Universidad de Talca. Hospital Carlos Van Buren.

Paciente de género masculino de 30 años de edad, sin antecedentes sistémicos. Acude al cirujano maxilofacial para evaluación de terceros molares. Al examen radiográfico se detecta lesión radiolúcida unilocular de 4 cm de diámetro mayor y límites corticalizados asociada a la pieza 3.8, la cual se encuentra incluida. Al examen clínico se aprecia un ligero aumento de volumen que engrosa la tabla vestibular de la rama mandibular de consistencia dura y asintomática. Se realiza una biopsia excisional, la cual al momento de ser realizada denota la presencia de una lesión quística con buen plano de clivaje pero con un contenido de aspecto altamente denso.

4. Ahumada Ossandón Richard, Carrasco Raimonidi Alexis, Espinoza Santander Iris, Lemus Flores Karla. Departamento de Patología y Medicina Oral, Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Servicio de Cirugía Máxilo Facial y de Anatomía Patológica Hospital Barros Luco Trudeau.

Paciente femenina de 60 años, sin antecedentes mórbidos relevantes ni alergias a medicamentos reportado a la fecha, que consulta al Servicio de Cirugía Máxilo Facial de Hospital Barros Luco por un aumento de volumen en zona lingual de dientes antero inferiores la que comenzó “parecido al tamaño de una cabeza de alfiler”, con un año de evolución aproximado, de crecimiento lento, y con dolor leve. Como anamnesis remota paciente relata que tuvo un trauma dental en dientes anteriores. Al examen clínico se observa que la paciente es desdentada parcial superior e inferior y presenta un aumento de volumen de consistencia firme, cubierto por mucosa levemente enrojecida a nivel de encía lingual de diente 3.3. El tamaño aproximado de la lesión era de 1 cm en su eje mayor.

5. Torres Manríquez Coral, Maturana Ramírez Andrea, Mardones Muñoz Marcelo. Servicios de Cirugía Máxilo Facial y de Anatomía Patológica Hospital San José. Departamento de Patología y Medicina Oral, Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

Mujer, 54 años, hipertensa y diabética, acude a Cirugía Máxilofacial del Hospital San José, por aumento de volumen intraoral de 3 semanas de evolución. Al examen clínico se observa lesión exofítica pediculada de 15mm de diámetro en relación a resto radicular pieza 29, consistencia renitente, eritematosa y superficie irregular. Al examen radiográfico se evidencia lesión radiolúcida multilocular de bordes definidos en relación a resto radicular pieza 29. Se programa exéresis quirúrgica y biopsia para confirmación diagnóstica. Durante el procedimiento se evidencia perforación de cortical vestibular con adecuado plano de clivaje, permitiendo enucleación completa de la lesión junto con exodoncia del resto radicular.

6. Cartajena De la Maza José, García Duhalde Catalina, Pérez Araya Javier, Espinoza Santander Iris. Servicio de Especialidades Odontológicas, y Servicio de Anatomía Patológica del Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau. Departamento de Patología y Medicina Oral, Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

Se reporta el caso de una paciente de sexo femenino, 32 años, con diagnóstico de IRC etapa 5 que asiste a servicio de especialidades odontológicas del Complejo asistencial Barros Luco por aumento de volumen maxilar de 22 meses de evolución, asociado a alteración oclusal y movilidad dentaria. Al examen clínico se observa aumento de volumen ubicado en hemipaladar izquierdo, de 4 cm de diámetro en su eje mayor, indurado, indoloro a la palpación, asociado a movilidad de dientes involucrados. Se realiza radiografía panorámica. Al examen radiográfico se observa aumento de volumen radioopaco hemipalatino izquierdo, con pérdida parcial de cortical alveolar y de trabéculas óseas.

7. Aitken Saavedra Juan, Klumb Victoria, Ana Karolina Amorin, Ana Paula Neutzling Gomes, Sandra Beatriz Chaves Tarquinio. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-Brasil.

Paciente sexo masculino de 22 años que presentó una ligera asimetría con aumento de volumen indoloro y parestesia infraorbitaria en el lado izquierdo de la cara. La tomografía computadorizada reveló un área radiolúcida unilocular bien definida en el maxilar izquierdo, desde el incisivo central hasta la región del pilar cigomático. Además, se observaron áreas de reabsorción radicular de los dientes posteriores y una masa radiopaca irregular localizada dentro de la lesión. Se realizó una enucleación de la lesión.

8. Lobos Jaimes-Freyre Nelson, Domancic Aalucena Fancisco, García Duhalde Catalina, Escobar López Enrico. Departamento de Cirugía y Traumatología Bucal y Máxilofacial. Departamento de Patología y Medicina Oral, Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

Paciente derivado para exodoncia de diente 8 por periodontitis sever. En radiografía panorámica se pesquisa lesión radiolúcida multiloculada, corticalizada en relación a dientes 27-28, asintomática, percusión positiva. A la palpación, contorno óseo conservado, simétrico, duro y piezas con movilidad grado 1.

Al revisar la ficha clínica del paciente, se aprecia en radiografía periapical total misma lesión quística en relación a piezas 27-28, en etapa más temprana el año 2014. Se realiza biopsia de lesión multiloculada, con tabiques óseos incompletos en cavidad quística, tabla

vestibular mandibular se observa perforada y cruzando la línea media, tabla lingual indemne.

9. Márquez Zambrano José Agustín, Jara Moya René Ignacio, Negro Pastorino Gastón, Rebolledo Urbina Juan, Martínez Rondanelli Benjamín. Departamento de Patología Oral, Facultad de Odontología, Universidad Mayor.

Paciente sexo femenino de 68 años de edad, con artritis reumatoide controlada, consulta por aumento de volumen mentoniano izquierdo de 1 mes de evolución, que debuta con dolor tipo neuralgia y que no hace cuerpo con el hueso, por intraoral se observa mucosa sana con aumento de volumen palpable pero que no ocupa vestíbulo. Previamente fue tratada durante 2 semanas con antibióticos orales sin obtener resultados y actualmente consumiendo carbamacepina por indicación médica. Paciente ya presentaba una ecotomografía con impresión diagnóstica de tumor sólido tipo schwannoma, junto con un hemograma sin alteraciones. Se decidió realizar una biopsia incisional de la lesión con abordaje intraoral, observándose lesión sólida de coloración amarillo parduzco, sin plano de clivaje claro en relación directa a nervio mentoniano. Al estudio histopatológico se observa proliferación celular de núcleos prominentes e hipercromáticos, estroma conectivo escaso y algunos macrófagos. Posterior a confirmación por inmunohistoquímica se entrega diagnóstico definitivo de linfoma de célula B difuso.

10. Humeres Sigala Carlos, Buguño Gutierrez Juan, Valenzuela Rivera Oriana, Contreras Huerta Tamara, Bustamante Acevedo Pamela. Hospital Regional de Antofagasta.

Paciente género masculino, 42 años, sin antecedentes sistémicos, fumador moderado, desdentado parcial superior e inferior, con enfermedad periodontal. Consulta en el servicio de urgencia dental del Hospital Regional de Antofagasta en el mes de mayo del año 2018 por aumento de volumen mandibular, doloroso, con tiempo de evolución de 1 mes. Al examen clínico se aprecia una tumoración en el cuerpo mandibular del lado derecho, depresible y doloroso a la palpación, que compromete desde zona premolar hasta tercer molar, con movilidad en dientes comprometidos en la lesión. Se toma la decisión de realizar una biopsia incisional, por lo que solicitan exámenes de laboratorio de rutina, además de exámenes imagenológicos consistentes en una radiografía panorámica sumado a un TAC con contraste de cabeza, cara y cuello, donde se describe una "lesión lítica a nivel de la mandíbula que mide aproximadamente 5 cms y destruye completamente la rama mandibular derecha, con múltiples linfonodos el de mayor tamaño en el ángulo mandibular derecho". Los exámenes de laboratorio arrojan un recuento de eritrocitos de $2,30 \times 10^6/\mu\text{l}$, hemoglobina de 6,8 g/dL, hematocrito de 20,9%, creatinina de 1,60 mg/dL y calcio de 16,47 mg/dL.

11. Jara Moya René, Negro Pastorino Gastón, Márquez Zambrano Agustín, Martínez Rondanelli Benjamín, González Providell Sergio. Departamento de Patología Oral, Facultad de Odontología, Universidad Mayor.

Consulta, al Servicio de Urgencia y Diagnóstico Odontológico de la Universidad Mayor, un hombre de 44 años, con historia de consumo de cocaína entre los 25 y 35 años, tratado por alcoholismo, debido a úlcera en encía adherida y marginal/papilar de 2,5 x 1 cm de diámetro por vestibular en relación a piezas 1.1, 1.2, 1.3, de bordes eritematosos e irregulares, sin malla de fibrina, que expone el tejido óseo subyacente. El paciente 3 semanas antes consultó en otro centro, donde se le realizó destartraje gingival y "remodelado gingival" sin

éxito, relatando que la lesión a crecido desde entonces. Se solicita radiografía periapical y panorámica, sin hallazgos relevantes.

12. Camacho Escalera Claudia, Ortega Pinto Ana, Urzúa Orellana Blanca. Departamento de Patología y Medicina Oral e Instituto de Ciencias Odontológicas, Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

Paciente masculino de 8 años de edad, asiste a la consulta por primera vez a la edad de 2 años. Al examen clínico presenta dentición primaria en evolución, incisivos y molares con dentina de color marrón semitranslúcida y con esmalte perdido en algunas zonas. Se realiza controles preventivos y evolución de la dentición primaria. A la edad de 5 años, se toma radiografía que revela coronas bulbosas, estrechez cervical y algunos dientes con conductos y cámaras pulpares obliterados. En el último control presenta dentición mixta donde la dentición permanente se observa de mejor calidad y con mayor grosor de esmalte, no presenta sensibilidad.

13. Vergara Gárate Valentina, Riquelme Videla Marcela, Segovia Laura, Espinoza Santander Iris. Servicio de Especialidades Odontológicas, Complejo Asistencial Barros Luco-Trudeau, Departamento de Patología y Medicina Oral, Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

Hombre 52 años. Sin antecedentes médicos, quirúrgicos ni alergias. Es derivado desde Servicio de atención primaria para evaluación en cirugía maxilofacial porque presenta un aumento de volumen indoloro en labio inferior de un año de evolución, ha tenido un crecimiento lento, de aproximadamente un año de evolución. Al examen clínico la lesión tiene un aspecto nodular, está cubierto por mucosa normal y un tamaño aproximado de un centímetro de diámetro, indoloro a la palpación. Se indica biopsia excisional con diagnóstico de probable mucocele. En el procedimiento quirúrgico se observa lesión redondeada a ovala, con áreas translucidas y otras amarillentas.

14. Castillo Guerra Carolina, Carrasco Raimondi Alexis, Pino Ahumada Luis, Martínez Rondanelli Benjamín. Servicio de Especialidades Odontológicas, Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau y Servicio de Diagnóstico y Patología Oral, Universidad Mayor.

Mujer de 46 años de edad diagnosticada con Cáncer de mamas, derivada al Servicio de Especialidades Odontológica por un aumento de volumen en la zona posterior del reborde alveolar mandibular derecho con 1 mes de evolución. Al examen intraoral se observa una lesión exofítica en zona retromolar, rojiza, de aproximadamente 1 cm de diámetro, asintomática. Se decide toma de biopsia incisional previa evaluación con exámenes de Rx y pase de médico tratante.