

Gaceta Médica de Bilbao

REVISTA TRIMESTRAL • FUNDADA EN 1894
DECANA DE LAS REVISTAS MEDICAS DE ESPAÑA

PATROCINADA POR EL DEPARTAMENTO DE SANIDAD
DEL GOBIERNO VASCO

Volumen 98/Suplemento Especial 2001



SEMO

VI CONGRESO NACIONAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE MEDICINA ORAL

IV REUNIÓN INTERNACIONAL
DE LA ACADEMIA IBEROAMERICANA
DE PATOLOGÍA Y MEDICINA BUCAL

LA MEDICINA BUCAL EN
EL TERCER MILENIO

Bilbao 3-6 Octubre 2001

REVISTA OFICIAL DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

GACETA MEDICA DE BILBAO

REVISTA OFICIAL DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

Volumen 98

Suplemento Especial 2001

Nº 1

Director:

Dr. Alfredo García-Alfageme

Jefe de Redacción:

Dra. Julen Ocharan Corcuera

Secretaría de Redacción:

Dra. M.^a Teresa Bahillo del Río

Consejo de Redacción:

Dr. Guillermo Barreiro García
Dr. Gorka Barrenechea Ziarrusta
Dr. Cristóbal Esteban González
Dr. Juan Luis Figuerido Poulain
Dr. Javier Gainza de los Ríos
Dr. Isidoro García Sánchez
Dr. Alfonso Gutiérrez Macías
Dr. Arsenio Martínez Alvarez
Dr. Iñaki Riaño Urieta
Dr. Juan Carlos Sanz Prieto
Dr. Fernando Uresandi Romero
Dr. Javier Zumalde Otegui

Junta Directiva:

Presidente:

Dr. Alfredo García-Alfageme

Vicepresidentes:

Dr. Jorge Ortiz de Urbina López
Dr. Javier Sáenz de Buruaga Renobales
Dr. Federico Simón Salazar
Dr. Jon Tellería Elorza
Dr. Fco. Luis Dehesa Santisteban

Secretario General:

Dr. Juan Ignacio Goiria Ormazabal

Secretario de actas:

Dr. Lorenzo Rodríguez González

Bibliotecaria:

Dra. Isabel Forcadas Berdusan

Tesorero:

Prof. Dr. Juan José Goiriena de Gandarias

Vocales:

Dr. Adolfo Momoitio Bárcena
Dr. Julen Ocharan Corcuera
Dr. Iñaki Riaño Urieta
Dr. Jesús Miguel Unda Urzaiz
Dr. Andrés Valdivieso López

FUNDADA EN 1894

TIRADA TRIMESTRAL: 5.000 EJEMPLARES

Publicación autorizada
por el Ministerio de Sanidad
como Soporte Válido. Ref. S.V.R. Nº 35

GACETA MEDICA DE BILBAO

Lersundi 9 - 48009 BILBAO
Teléfono 94 423 37 68 - Fax 94 423 01 11

Preimpresión: BILTEX
Depósito legal BI 52-1958 - ISSN 0304-4858



Bilbao 3-6 Octubre 2001



VI CONGRESO NACIONAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE MEDICINA ORAL

IV REUNIÓN INTERNACIONAL
DE LA ACADEMIA IBEROAMERICANA
DE PATOLOGÍA Y MEDICINA BUCAL

La Medicina Bucal en el Tercer Milenio

Bilbao 3-6 Octubre 2001

La Medicina Bucal en el Tercer Milenio

Es un honor y un placer presentar este número especial de la Gaceta Médica de Bilbao donde se recogen los resúmenes de las ponencias y comunicaciones del VI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Oral (SEMO) y la IV Reunión Internacional de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal (AIPMB).

De un modo tradicional el trabajo del odontólogo y del estomatólogo ha quedado aparentemente circunscrito al diagnóstico y tratamiento de las lesiones dentales y a su restitución. Esta premisa no es válida en la actualidad, ni lo va a ser en el futuro, ya que la propia dinámica social y sanitaria demanda de los profesionales de la salud bucal una asistencia y cobertura de carácter más integral, exigiendo tanto un buen nivel asistencial específico, no limitado únicamente a los dientes, como conocimientos en materias consideradas médicas, así como capacidad de comunicación, organización y de desarrollar trabajo en equipo.

Fruto de este impulso, debe cambiar la orientación de considerar a la ciencia odontológica como "dentistería" exclusivamente, por lo que debe entenderse que la cavidad oral forma una unidad psicosomática con el resto del individuo, al igual que cualquier otro órgano o región, y que nunca debe separarse del mismo. La cavidad bucal es un "escaparate en el que se reflejan los diferentes procesos que la afectan, sean locales o generales". En su acepción terminológica la palabra "Bucal" procede del latín "bucca" y en sentido estricto designa la pared lateral de la cavidad oral. Desde esta perspectiva onomatológica se denomina el conjunto bucal con un término que corresponde al continente y no al contenido. No obstante, la traducción de "bucca" y su delimitación anatómica nos aproxima a su comprensión ya que la mejilla es la parte de la cara situada bajo los ojos. De este modo la Medicina Bucal queda así más ampliamente circunscrita a una zona facial en la que la boca, en cuanto cavidad, constituye la parte de mayor relieve e importancia.

Si existe una zona de encrucijada y de preponderancia en el organismo humano en lo somático, psicológico, afectivo, etc., es la boca. Este órgano sensitivo-motriz a través del cual entran en juego la mayoría de las funciones psíquicas e intelectuales, emocionales, sexuales, de la agresividad, etc., del ser humano; resulta imposible de estudiar, comprender y curar, separándolo del resto del organismo.

En los últimos tiempos estamos asistiendo a cambios vertiginosos tanto en las circunstancias políticas y socioeconómicas, como en los patrones de salud y enfermedad. En este sentido y dentro de la esfera bucal, por ejemplo, se ha reducido la incidencia de caries y se controla mejor la enfermedad periodontal y las maloclusiones, pero han aparecido nuevas patologías, algunas ligadas a determinados comportamientos sociales, como en el caso del SIDA o a la utilización masiva de medicamentos. Estas modificaciones en el modo de enfermar exigen a los profesionales de la salud bucal un mayor y mejor conocimiento de los procesos de prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucales. Asimismo demandan unos cambios enérgicos en su educación continuada, elevando los conocimientos en el campo de las ciencias biomédicas, de las ciencias sociales y clínicas.

La Odontología como ciencia de la salud ha tenido un desarrollo a lo largo del tiempo paralelo al de la Medicina, y su evidencia anterior a los tiempos históricos está actualmente fuera de toda discusión. Las enfermedades bucales son tan antiguas como la vida del hombre, por lo que con razón decía Lukfin que: "la historia de la evolución de las prácticas médicas y dentales es esencialmente la historia del desarrollo de la humanidad". En este sentido baste señalar que los restos de fósiles de huesos humanos encontrados en la Sierra de Atapuerca, con más de 780.000 años, demuestran que los primeros pobladores europeos no padecían caries; observándose, en cambio, evidencia de enfermedad periodontal, alteraciones en la articulación temporomandibular, hipoplasias del esmalte dentario y restos de procesos infecciosos periapicales secundarios a desgaste dentario.

No obstante, quizás la Patología Médica Bucal no quedó definitivamente establecida hasta que el Profesor Kurt H. Thoma de la Harvard School of Dental Medicine, enunció que se trataba de la ciencia más importante sobre la cual fundar el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de las enfermedades dentales y orales.

En España y merced a la iniciativa del Profesor Miguel Lucas Tomás, se fundó en Madrid en 1988 la Sociedad Española de Medicina Oral (SEMO), con el objetivo de promover las manifestaciones científicas sobre el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades de la boca y anejos.

En Monterrey (México) en 1995, un grupo de especialistas y de profesionales interesados en el campo de la Medicina y Patología Bucal, acordaron fundar la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal, con los objetivos de: Promover el desarrollo de estas ciencias en los diferentes países iberoamericanos, potenciar y facilitar la colaboración y comunicación entre los profesionales, crear un órgano de difusión y lograr que todos los esfuerzos que realice esta institución repercutan de manera importante en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucales que afectan a la población iberoamericana.

Estas dos instituciones han tenido un desarrollo paralelo y han realizado diferentes actuaciones conjuntas en los últimos años. Cabe destacar en este sentido que la revista Medicina Oral, órgano oficial de ambas sociedades, dirigida por el Profesor José Vicente Bagán, ha sido recientemente incluida en los índices bibliográficos internacionales, lo que supone un hito y un gran espaldarazo para la Medicina y la Patología Bucal tanto de España como de Iberoamérica.

Hoy la Medicina Bucal puede definirse como aquella parcela de las Ciencias de la Salud relacionada con el cuidado y la salud oral de los pacientes y dirigida al diagnóstico y tratamiento de los desórdenes o condiciones de carácter médico que afectan a la región oral y maxilofacial; abarcando la evaluación, diagnóstico, tratamiento e investigación de las enfermedades de las glándulas salivales, alteraciones funcionales del sistema estomatognático, alteraciones sensoriales y neurológicas del complejo maxilofacial, y de los desórdenes primariamente orofaciales y las complicaciones derivadas de enfermedades sistémicas, envejecimiento, inmunosupresión y tratamientos previos.

Entre los días 3 y 6 de Octubre de este primer año de milenio vamos a realizar en Bilbao el VIº Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Oral y la IVª Reunión Internacional de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal.

En este Congreso conjunto cuyo lema es "*La Medicina Bucal en el Tercer Milenio*" nos vamos a reunir los profesionales iberoamericanos interesados en estos aspectos, para discutir sobre los últimos avances y sobre los retos que se plantean en esta parcela de la patología humana. Los objetivos de este Congreso son:

1.–Dar a conocer y profundizar en el conocimiento de la Patología Médica Bucal.

2.–Mejorar los conocimientos y actitudes de los odontólogos y estomatólogos en el diagnóstico y manejo terapéutico de:

–El cáncer y precáncer oral, con una especial atención sobre el Liquen oral como proceso emergente.

–Las infecciones orales, con una especial atención sobre las Micosis bucales y su importancia actual en diferentes situaciones como el SIDA.

–El dolor orofacial, con una especial atención sobre las neuralgias sintomáticas y el síndrome de boca ardiente.

3.–Discutir y contrastar las experiencias de los mejores especialistas de los diferentes países, sobre estos temas.

Atendiendo a nuestra petición la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao aprobó hacer un número especial de su órgano oficial, la Gaceta Médica de Bilbao, con el material científico de las ponencias y comunicaciones de este Congreso. Esta revista médica fue fundada en 1894 y es actualmente la decana de las revistas médicas de España.

La Academia de Ciencias Médicas de Bilbao es una institución centenaria en la que se han reunido y se reúnen todos los profesionales de las Ciencias de la Salud del País Vasco, no tan solo médicos, sino también farmacéuticos, veterinarios, biólogos, etc, y odontólogos y estomatólogos. Desde sus inicios la Academia ha tenido un especial interés por la Odontología y Estomatología, existiendo una vicepresidencia específica para nuestro colectivo que periódicamente se encarga de organizar diferentes eventos científicos.

El Comité Organizador del Congreso y las Juntas Directivas de la SEMO y de la AIPMB desean agradecer la colaboración e interés de la Junta Directiva de la Academia y del Consejo de Redacción de la Gaceta, y de un modo especial al Dr. Alfredo García-Alfageme Presidente de la Academia, así como al Dr. Federico Simón, Vicepresidente de la Sección de Odontología y Estomatología y al Dr. Julen Ocharan, Jefe de Redacción.

El Comité Científico del Congreso desea agradecer a todos los ponentes y comunicantes, las facilidades para obtener los manuscritos de sus magníficas aportaciones, y pedirles disculpas por las molestias ocasionadas y si aparece algún fallo, a pesar de haberlo mirado varias veces.

Esperando que este Congreso tenga unos buenos resultados científicos y que para todos los que asistais y en especial para los que vengais de fuera, sea provechosa vuestra estancia y regreseis con un buen recuerdo de Bilbao y del País Vasco, recibir un cordial saludo de bienvenida.

José Manuel Aguirre Urizar

Presidente del Congreso

Presidente de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal

Ambrosio Bermejo Fenoll

Presidente de la Sociedad Española de Medicina Oral

Alfredo García-Alfageme

Presidente de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

SIMPOSIO 1. S1

EL LIQUEN PLANO ORAL COMO ENFERMEDAD EMERGENTE

S1.1

Etiopatogenia del liquen plano oral

Prof. Zunt S

Universidad de Indiana. Indiana. USA

El liquen plano oral es una enfermedad inflamatoria crónica de etiología desconocida, en cuyo diagnóstico y manejo esta involucrado el odontólogo. En esta ponencia se examina el actual conocimiento sobre la inmunopatogénesis del liquen plano oral y el papel de otros factores relacionados con su exacerbación y el manejo. El liquen plano oral es una enfermedad no infecciosa común que afecta del 1 al 2% de la población (1). Es una enfermedad crónica, que a menudo dura toda la vida, y que se caracteriza por exacerbaciones que alternan con periodos de remisión. El liquen plano oral es más común en las mujeres que en los hombres (2). A pesar de que la etiología del liquen plano oral es idiopática y su patogénesis esta poco entendida, la corriente actual de pensamiento apoya una inmunopatogénesis (3). El liquen plano oral puede ser una reacción de hipersensibilidad mediada por células a un antígeno o antígenos desconocidos del sistema inmune de la mucosa (4). En algunos casos los fármacos, las infecciones o los materiales dentales pueden estar implicados. Por lo general, estos agentes no son causales, pero pueden provocar liquen plano oral en individuos susceptibles. El estrés esta implicado en el principio del liquen plano oral o en las exacerbaciones en el 50% de los casos (5). El liquen plano oral puede ser un componente del liquen plano mucocutáneo que puede afectar a la piel y a otras membranas mucosas. El liquen plano oral presenta un particular interés ya que las lesiones orales son más severas, persistentes y responden menos a la terapia que las lesiones de la piel (6, 7). El soporte empírico para una base inmunológica para las lesiones de liquen plano oral proviene de la resolución de las lesiones cuando han sido tratadas con agentes inmunomoduladores (8) incluyendo corticosteroides (9), retinoides, ciclosporina, azathioprina (10), tracolimus (11) y otros agentes (12). Las células de Langerhans son células dendríticas fundamentales en la presentación de antígenos a los linfocitos T (13). Las células de Langerhans pueden estar presentes en un número normal o reducido en el liquen plano oral (14). Las células de Langerhans pueden ser más dendríticas que en la mucosa normal, estar activadas o formando grupos en el área de las células basales. Además de las células de Langerhans, se ha descrito también que aumentan

en tamaño y número los macrófagos relacionados con el factor VIIIa positivo de las células dendrocíticas (15).

Muchos agentes etiológicos han sido sospechosos de iniciar el liquen plano oral a través de una reacción inmunológica mediada por células e inducida por cambios antigénicos. Entre ellos se incluyen la predisposición genética, infecciones, vacunaciones (16), medicaciones (17), estrés (18) y materiales dentales restaurativos.

La patogénesis del liquen plano oral no ha sido todavía claramente dilucidada, pero existen evidencias abrumadoras que apoyan mecanismos inmunológicos que resultan de una compleja interacción entre los queratinocitos, las células de Langerhans y los linfocitos. Los investigadores han informado asociaciones entre antígenos leucocitarios específicos humanos (HLA), linfocitos T activados, citoquinas, expresión de moléculas de adhesión, componentes de la matriz extracelular, proteínas de choque térmico y citoqueratinas.

Los estudios sobre el papel de los antígenos HLA en pacientes con liquen plano han sido ambiguos. Se han informado un incremento de HLA-DRW9 y HLA-DR3 en pacientes japoneses con liquen oral plano (19). Se ha descrito un aumento de HLA-DR9 en pacientes chinos con liquen oral plano (20). No se conoce si esta expresión de HLA-DR por los queratinocitos es secundaria a la inflamación o esta causada primariamente por linfocitos productores de interferón (Challacombe 1999). Se ha publicado también un incremento de HLA-B27, HLA-B51 y HLA-Bw57 en pacientes ingleses con liquen oral. Porter et al., en 1997 sugirieron que la presencia de HLA-DQ1 podría conferir resistencia frente al liquen plano.

Los linfocitos T activados son unos de los componentes más críticos en la patogénesis del liquen oral plano. Las secciones histológicas de lesiones orales del liquen plano exhiben un intenso infiltrado activado de linfocitos T la antígeno positivo (21). Estos linfocitos T son principalmente CD4 y CD8 positivos. Las células CD8 positivas esta asociadas con la progresión de la enfermedad, con la localización intraepitelial y con la lamina propia superficial. Los linfocitos T exhiben una actividad supresora. La especificidad antigénica se sugiere por "restricted T cell receptor V_γ" (22, 23).

La producción local de citoquinas puede ser un componente importante del liquen plano oral persistente crónico. Las citoquinas de los linfocitos T *in vitro* han demostrado elevados niveles de interleukina-6 y factor estimulante de las colonias de granulocitos-macrófagos. La estimulación de los linfocitos T derivados de estos líquenes planos producen más TNF α , IL-6 y GM-CSF que las células mononucleares periféricas.

Los queratinocitos del liquen plano oral producen IFN γ , IL-6 y TNF α cuando son estimuladas por IL-1 α , LPS y PMA. Como los queratinocitos del liquen plano oral producen citoquinas que estimulan la activación de los linfocitos T, ello posibilita que la lesión sea crónica y mantenida.

La molécula de adhesión intercelular (ICAM-1) exhibe un significativo aumento de su expresión en el liquen plano implicando queratinocitos, células de Langerhans, macrófagos y linfocitos T. La ICAM-1 promueve la migración de leucocitos a las áreas inflamadas. Por encima de la regulación de las moléculas de adhesión vascular puede reclutar y retener linfocitos T activos manteniendo la lesión de liquen plano oral (24).

Se ha sugerido que las proteínas de choque térmico (HSP) pueden servir como autoantígenos en algunas enfermedades autoinmunes. La HSP60 se ha mostrado elevada en las células epiteliales de la capa basal en el liquen plano oral (25). Las citoqueratinas (26) son un grupo de proteínas de filamentos intermedios en el epitelio. Se ha demostrado recientemente en las capas basal y suprabasal del epitelio en el liquen plano la presencia de las citoqueratinas 1/10. Chaïrait et al., en 1999 sugirieron una hipótesis unificadora para la patogénesis del liquen plano oral. Esta hipótesis sugería que un estímulo antigénico exógeno iniciaría una respuesta inmune mediada por células T en individuos genéticamente susceptibles. Esta reacción promovería la generación de citoquinas con proteínas de choque térmico y la expresión de citoqueratinas 1/10 en los queratinocitos basales. Esta estimulación inmune endógena activaría a las células T citotóxicas, provocando la destrucción de los queratinocitos basales, y el desarrollo de las lesiones de liquen plano oral. Ejemplos de estímulos exógenos capaces de iniciar esta cascada autoperpetuante serían ciertos medicamentos, materiales dentales e infecciones.

Histológicamente el liquen plano oral exhibe hiperqueratosis, atrofia epitelial, acantosis, cuerpos coloides o de Civatte, patrón irregular en “dientes de sierra” de la rete ridge, disolución de las células de la capa basal, incontinencia de melanina, intensa infiltración linfocítica subepitelial e infiltración linfocítica en el epitelio superficial (27,28). Mientras que estos datos sugieren un patrón histológico característico del liquen plano oral, se ha demostrado una significativa variabilidad interobservador – intraobservador (29). Los estudios de inmunofluorescencia pueden ser beneficiosos para establecer un diagnóstico definitivo

y eliminar otros procesos como el lupus eritematoso (30).

Los resultados inmunohistoquímicos incluyen anticuerpos antifibrina en la zona basal de la membrana en el 69%, cuerpos coloides en el 31%, y antifibrinógeno en la membrana basal en el 96%. Puede también presentarse una débil tinción anti-C3 en la zona basal de la membrana. Un reciente estudio no detectó diferencias entre los niveles de inmunoglobulinas en suero o del complemento entre el liquen plano reticular y el liquen plano atrófico-erosivo, pero los niveles de linfocitos T CD4+CD45RO+ y DR+ fueron mayores en pacientes con liquen plano reticular mientras que los de los linfocitos T CD8+CD45RA+ fueron menores en pacientes con liquen plano atrófico-erosivo (31). Las células inmunocompetentes, especialmente las células de Langerhans se han demostrado en las lesiones de liquen plano oral adyacentes a las restauraciones dentales de amalgama de plata (32). Más del 50% de estos pacientes exhibían resultados positivos al test cutáneo para el mercurio. Eliminar las restauraciones dentales de amalgama de plata supone una mejora de las lesiones clínicas en la mayoría de los pacientes. Esto sugiere una reacción inmune específica del tipo de hipersensibilidad tardía dependiente de células T.

Un reciente estudio de Loftensius et al., (1999) no pudo encontrar evidencias para la reacción específica de linfocitos *in vitro* al mercurio en pacientes con lesiones de liquen plano oral adyacentes a restauraciones de amalgama de plata.

Las reacciones liquenoides orales por fármacos se han descrito con muchas medicaciones. Las medicaciones o compuestos químicos incluyen antihipertensivos, antibióticos, antiinflamatorios no esteroideos, antimaláricos, psicotrópicos/neurológicos, agentes de revelado, sulfonilureas, allopurinol y sales de oro. En la mayoría de los casos las reacciones liquenoides orales por fármacos son histológica, clínica e inmunohistoquímicamente indistinguibles del liquen plano idiopático. Se ha identificado autoanticuerpos IgG citoplasmáticos en las células basales en reacciones liquenoides orales (33) con un patrón anular o de perlas ensartadas (34). La retirada de la medicación puede condicionar una mejoría clínica de la lesión oral, pero esta mejoría puede ser temporal. Las reacciones liquenoides orales son eventos adversos poco comunes. Se conoce poco en la relación dosis-respuesta, excepto en el caso de los antiinflamatorios no esteroideos, en los que hay una asociación estadística significativa con el liquen plano erosivo (35). No hay ninguna evidencia que sugiera que el liquen plano oral inducido por fármacos tenga un pronóstico a largo plazo diferente del liquen plano idiopático (36).

Un excelente análisis global de la etiopatogénesis del liquen plano oral incluye los trabajos de Porter et al, 1997 (37); Boyd and Neldner 1991 (38) y Scully et al. 1998 (39).

En resumen, el liquen plano oral permanece idiopático con fuertes evidencias que apoyan una inmunopatogénesis, mediada primariamente por células, probablemente inducida por un desafío antigénico. Debido a esto, los medicamentos inmunomoduladores son beneficiosos para controlar las exacerbaciones. Adicionalmente la eliminación de traumas o irritaciones locales y el control del estrés son importantes en el manejo de las lesiones de liquen plano oral. Hasta la fecha no existe ningún tratamiento curativo para el liquen oral plano idiopático ni para la mayoría de las reacciones liquenoides orales. Esta enfermedad es crónica, dura toda la vida y se caracteriza por exacerbaciones y remisiones, mostrando un potencial de transformación maligna (40). El paciente con liquen oral plano requiere un diagnóstico exacto y un seguimiento regular durante toda la vida junto con tratamiento cuando sea necesario. El reconocimiento de la inmunopatogénesis del liquen oral plano permite al clínico explicar al paciente la naturaleza crónica de la enfermedad y hacer las recomendaciones apropiadas para un cuidado permanente que puedan minimizar las recurrencias y permitan controlar las exacerbaciones.

Referencias bibliográficas

1. Axell T, Rundquist L. Oral lichen planus—a demographic study. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1987; 15: 52-56.
2. Silverman Jr S, Gorsky M. A prospective study of findings and management in 214 patients with oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985; 72: 665-670.
3. Walsh LJ, Savage NW, Ishii T, Seymour GI. Immunopathogenesis of oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 1990; 19: 389-396.
4. Challacombe SJ, Shirlow PJ. Immunology of Diseases of the Oral Cavity. Chapter in *Mucosal Immunity*, Second edition, edited by Orga PL, et al., Academic Press, 1999.
5. Burkhardt NW, Burker EJ, Burkes EJ, Wolfe L. Assessing the characteristics of patients with oral lichen planus. *JADA* 1996; 127: 648-662.
6. Scully C, El-Kom M. Lichen planus: review and update on pathogenesis. *J Oral Pathol* 1985; 14: 431-458.
7. Thomas DW, Stephens P, Stephens M, Patten DW, Lim SH. T-cell receptor V beta usage by lesional lymphocytes in oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 1997; 26: 105-109.
8. Carrozzo M, Gandolfo S. The management of oral lichen planus. *Oral Dis* 1999; 5: 196-205.
9. Eisen, D. The therapy of oral lichen planus. *Crit Rev Oral Biol Med* 1993; 4: 141-158.
10. Epstein JB, Gorsky M, Epstein MS, Nantel S. Topical azathioprine in the treatment of immune-mediated chronic oral inflammatory conditions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001; 91: 56-61.
11. Lener EV, Brieva J, Schachter M, West LE, West DP, el-Azhary RA. Successful treatment of erosive lichen planus with topical tacrolimus. *Arch Dermatol* 2001; 137: 419-422.
12. Cribier B, Frances C, Chosidow O. Treatment of lichen planus. An evidence-based medicine analysis of efficacy. *Arch Dermatol* 1998; 134: 1521-1530.
13. Farthing PM, Matear P, Cruchley AT. The activation of Langerhans cells in oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 1990; 19: 81-85.
14. Regezi JA, Stewart JC, Lloyd RV, Headington JJ. Immunohistochemical staining of Langerhans and macrophages in oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985; 60: 396-402.
15. Regezi JA, Daniels TE, Saeb F, Nickoloff BJ. Increased submucosal factor XIIIa-positive dendrocytes in oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 1994; 23: 14-18.
16. Pemberton MN, Sloan P, Thakker NS. Oral lichenoid lesions after hepatitis B vaccination. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000; 89: 717-719.
17. Halvey S, Shai A. Lichenoid drug eruptions. *J Am Acad Dermatol* 1993; 29: 249-255.
18. Chiappelli F, Kung MA, Nyggen P, Villaneuva P, Arash Farhadian E, Evesole LR. Cellular immune correlates of clinical severity in oral lichen planus: preliminary association with mood stress. *Oral Diseases* 1997; 3: 64-70.
19. Watanabe T, Ohishi M, Tanaka K, Sato H. Analysis of HLA antigens in Japanese with oral lichen planus and lichenoid reactions. *J Oral Pathol* 1986; 15: 429-433.
20. Lin SC, Sun A. HLA-DR and DQ antigens in Chinese patients with oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 1990; 19: 298-300.
21. DePanfilis G, Manara G, Sansoni P, Allegra F. T-cell infiltrate in lichen planus. Demonstration of activated lymphocytes using monoclonal antibodies. *J Cutan Pathol* 1983; 10: 52-58.
22. Zhou XJ, Savage NW, Sugerman PB, Walsh LH, Aldred MJ, Seymour GJ. TRC V beta gene expression in lesional T lymphocyte lines in oral lichen planus. *Oral Diseases* 1996; 295-298.
23. Thomas DW, Stephens P, Stephens M, Patten DW, Lim SH. T-cell receptor V beta usage by lesional lymphocytes in oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 1997; 26: 105-109.
24. Regezi JA, Dekker NP, MacPhail LA, Lozada-Nur F, McCalmont TH. Vascular adhesion molecules in oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996; 81: 682-690.
25. Chaiyavit P, Kawfrawy AH, Miles DA, Zunt SL, Van Dis ML, Gregory RL. Oral lichen planus: an immunohistochemical study of heat shock proteins (HSPs) and cytokeratins (CKs) and a unifying hypothesis of pathogenesis. *J Oral Pathol Med* 1999; 28: 210-215.
26. Bramanti TE, Dekker NP, Lozada-Nur F, Sauk JS, Regezi JA. Heatshock (stress) proteins and gamma/delta T lymphocytes in oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995; 80: 698-704.
27. World Health Organization Collaborating Centre for Oral Precancerous Lesions. Definition of leukoplakia and related lesions: an aid to studies on oral precancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1978; 46: 518-539.
28. Krutchkoff DJ, Eisenberg E. Lichenoid dysplasia: a distinct histopathologic entity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985; 60: 308-315.
29. van der Meij RH, Reibel J, van der Wal JE, de Jong WFB, van der Waal I. Interobserver and intraobserver variability in the histologic assessment of oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 1999; 28: 274-247.
30. Firth NA, Rich AM, Radden BG, Reade PC. Assessment of the value of immunofluorescence microscopy in the diagnosis of oral mucosal lichen planus. *J Oral Pathol Med* 1990; 19: 295-297.
31. Rodriguez-Nunez I, Blanco-Carrion A, Garcia AG, Gámdara Rey JG. Peripheral T-cell subsets in patients with reticular and atrophic-erosive oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001; 91: 180-188.
32. Laine J, Kontinen YT, Beliaev N, Happonen R-P. Immunocompetent cells in amalgam-associated oral lichenoid contact lesions. *J Oral Pathol Med* 1999; 28: 117-21.
33. Lamey P-J, McCartan BE, MacDonald DG, MacKie RM. Basal cell cytoplasmic autoantibodies in oral lichenoid reactions. 1995; 79: 44-49.
34. McQueen A, Behan WM. Immunofluorescence microscopy: the "string of pearls" phenomenon and immunofluorescent serological finding in patients screened for adverse drug reactions. *Am J Dermatopathol* 1982; 4: 155-159.
35. Potts AJC, Hamburger J, Scully C. The medication of patients with oral lichen planus and the association of nonsteroidal anti-inflammatory drugs with erosive lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 64: 541-543.
36. Ingafou M, Lodi G, Olsen I, Porter SR. Oral lichen planus is not associated with IgG circulating antibodies to epithelial antigens. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 84: 175-178.
37. Porter SR, Kirby A, Olsen I, Barrett W. Immunologic aspects of dermal and oral lichen planus. A review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 83: 358-366.
38. Boyd AS, Heldner KH. Lichen planus. *J Am Acad Dermatol* 1991; 25: 593-619.
39. Scully C, Beyli M, Ferreira MC, Ficarra G, Gill Y, Griffiths M, Holmstrup P, Mutlu S, Porter S, Wray D. Update on oral lichen planus Etiopathogenesis and management. *Crit Rev Oral Biol Med* 1998; 9: 86-122.
40. Mignogna MD, Muzio LL, Russo LL, Fedele S, Ruoppo E, Bucci E. Clinical guidelines in early detection of oral squamous cell carcinoma arising in oral lichen planus: a 5 year experience. *Oral Oncology* 2001; 37: 262-267.

S1.2

El liquen plano oral como enfermedad psicosomática

Prof. Lanfranchi H

Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. Argentina

El liquen plano oral (LPO) es considerado como una enfermedad multifactorial. Los factores psicológicos se citan frecuentemente como favorecedores del desarrollo del mismo. Sin embargo, hasta el momento hay acuerdo que, desde la descripción inicial del liquen plano oral hecha por Erasmus Wilson en 1869, ha habido muy poco progreso con respecto al entendimiento de su etiología. Por otra parte, existen muy pocos estudios controlados de investigación. Un alto porcentaje de pacientes con liquen plano oral reporta que han experimentado sucesos de vida estresantes en el inicio de la enfermedad (1).

Índices elevados de ansiedad han sido encontrados en los estudios de investigación de estos pacientes, considerándose como un factor precipitante o desencadenante de la lesión (2, 3).

Los niveles de depresión han estado casi ausentes o cuando estuvieron presentes, se ubicaron por debajo de los niveles de ansiedad (4, 5).

En un estudio realizado en Oviedo, sobre 40 pacientes diagnosticados clínicamente e histológicamente de LPO para evaluar su nivel de ansiedad. Sus resultados confirmaron que hay un mayor nivel de ansiedad en el grupo de pacientes con LPO que en el grupo control y que, además de ser un factor desencadenante, podría ser un factor que agravara la lesión.

Colella et al. de Nápoles han estudiado un grupo de pacientes con escalas de ansiedad y depresión. Encontraron que los pacientes con LPO obtuvieron valores para la ansiedad extremadamente elevados. También en la escala de depresión se han obtenido datos más elevados que en el grupo control. Concluyen que en esta enfermedad hay una correlación entre la dimensión psíquica y la dimensión somática.

McCartan de Dublín, evaluó 50 pacientes con LPO utilizando el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y el cuestionario de personalidad Cattell 16 PF. Los niveles de ansiedad encontrados fueron elevados en ambas evaluaciones, mientras que los de depresión se mantuvieron bajos.

Sin embargo, Allen et al. de Ohio opinan que si bien el estrés y la ansiedad son frecuentemente mencionados como posibles factores relacionados con el desarrollo del LPO, esta asociación parece anecdótica. Los resultados de sus investigaciones sugieren que los pacientes con LPO no tienen mayor tendencia

a la ansiedad ni a los sucesos de vida estresantes que otros individuos.

Östman et al. de Estocolmo han estudiado el estilo de vida de los pacientes con reacciones liquenoides. Entre sus hallazgos observaron que había un incremento de gente divorciada, viuda, soltera, en este grupo de pacientes y que tenían una personalidad propensa a la depresión. Expuestos a sucesos de vida estresantes, la depresión se puede desarrollar pero enmascarada y somatizada, como lesión liquenoides.

Burkhart et al. de North Carolina evaluaron la historia clínica, los hábitos de estilo de vida y salud de 146 pacientes con LPO. Los resultados sugieren una relación entre el estrés y el desarrollo del LPO. El 51% de los sujetos señalaron que habían experimentado sucesos estresantes en el inicio de la enfermedad.

Con respecto a las características de personalidad, el grupo de trabajo de Estocolmo, describen a los pacientes con reacciones orales liquenoides como personas nerviosas, no agresivas, con pensamientos tristes y ansiosas.

Tratando de aportar nuestra experiencia en este campo, en la Cátedra de Patología y Clínica Bucodental II de la Universidad de Buenos Aires, el equipo de estomatólogos y psicólogos está realizando una investigación conjunta correlacionando diferentes variables con las características psicológicas de los pacientes con liquen plano oral.

A las personas que presentaban el diagnóstico de liquen plano oral en sus distintas formas se los evaluó con el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), el Coping Response Inventory (CRI) y el State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Nuestro objetivo fue evaluar los niveles de ansiedad – depresión, la ansiedad estado-rasgo, y las estrategias que los pacientes utilizan para afrontar las situaciones estresantes.

Consideramos a esta enfermedad como determinada por factores somáticos, psicológicos y sociales. La práctica clínica nos ha demostrado la incidencia de factores psicológicos, como la ansiedad y la depresión, en la aparición y el mantenimiento de las reacciones liquenoides.

La ansiedad aparece con una mayor tendencia, y si oscila dentro de determinados valores, el individuo mantiene su equilibrio personal y el organismo puede

operar de manera organizada. Pero si la ansiedad supera los niveles óptimos, se produce un desequilibrio que impacta en la persona en su totalidad (6).

Con respecto a la relación del estrés con el inicio de la enfermedad, partimos de la idea que la funcionalidad de la experiencia de una persona no depende tanto de las circunstancias de vida que tenga que atravesar como del modo de enfrentar estas circunstancias. El aspecto clave en este punto, es el tipo de estrategias de afrontamiento que pone en marcha y el éxito que tienen para ayudarlo a lograr la mejor adaptación a la situación.

Referencias bibliográficas

1. Burkhart NW, Burker EJ, Burkes EJ, Wolfe L. Assessing the characteristics of patients with oral lichen planus. JADA 1996; 127: 648-662.
2. García-Pola Vallejo MJ, Huerta Zarabozo G. Valoración de la ansiedad como factor etiológico del liquen plano oral. Medicina Oral 2000; 5: 7-13.
3. Bagán Sebastián JV, Cerero Lapiedra R. Liquen plano oral. En: Bagán JV, Ceballos A, Bermejo A, Aguirre JM, Peñarrocha M. Medicina Oral. Barcelona: Masson; 1995, 202-19.
4. McCartan BE. Psychological factors associated with oral lichen planus. J Oral Pathol Med 1995; 24: 273-275.
5. Colella G, Gritti P, De Luca F, de Vito M. Sugli aspetti psicopatologici del liquen planus orale. Minerva Stomatol 1993; 42: 265-70.
6. Fernández-Alvarez H. Abordaje cognitivo de los trastornos psicósomáticos. Rev Argentina Clínica Psicológica 1994; 3: 33-46.

S1.3

Tratamiento del liquen plano oral

Prof. Bagán JV

Hospital General Universitario. Universidad de Valencia. Valencia. España

El liquen plano (LP) es una enfermedad mucocutánea de etiología desconocida, curso crónico con reactivaciones frecuentes y periodos asintomáticos, en el que no hay un tratamiento totalmente efectivo, sino que más bien la terapéutica es sintomática para controlar el proceso inflamatorio existente (1).

Vamos a exponer el tratamiento en sus diferentes formas de presentación del LP en la cavidad oral.

Antes de plantear administrar fármacos deberemos hacer un análisis de los diferentes factores etiológicos

Reacciones liquenoides (RL). Siempre es importante realizar una correcta anamnesis para comprobar si el paciente toma fármacos que puedan ser los responsables de una RL. Particularmente debemos centrarnos en los antiinflamatorios no esteroideos y los antihipertensivos (2). Igualmente hay que distinguir las RL a materiales de restauración odontológica; en este sentido, las lesiones están en contacto íntimo con amalgamas (3). Tanto en lo referente a fármacos, como en las restauraciones, las lesiones normalmente desaparecerán tras eliminarlos.

Factores traumáticos. Es muy habitual que observemos lesiones orales en la mucosa yugal y lengua desencadenadas por el roce e irritación con los dientes y prótesis próximas; originando lesiones mantenidas y resistentes al tratamiento. Ello es debido al fenómeno de Koebner, característico del LP cutáneo,

que también se suele dar a nivel intraoral. Por lo tanto es muy aconsejable eliminar estos factores para evitar dicha autoirritación.

Placa dental. En las gingivitis descamativas por liquen plano la mala higiene oral y la placa agravan la severidad del eritema e inflamación, manifestándose con lesiones más extensas y difíciles de tratar. Por ello, en toda gingivitis descamativa deberemos instaurar una adecuada higiene oral con eliminación selectiva de la placa dental (4).

Tratamiento farmacológico

1- Corticosteroides.

1.1- Liquen plano exclusivamente reticular (LPR).

Normalmente estas lesiones suelen ser asintomáticas y no es necesario su tratamiento. Es recomendable revisar periódicamente a los pacientes cada 6 meses mientras tengan lesiones.

1.2- Liquen plano con lesiones atrófico-erosivas localizadas. Lo aconsejable es iniciar su tratamiento con corticosteroides locales, desde preparados poco potentes como el acetónido de triamcinolona al 0,1%, hasta otros más potentes como el acetónido de fluocinolona al 0,5-0,1%, o bien el de mayor potencia de los que empleamos que es el propionato de clobetasol al 0,05%. Se prescribirán en forma de cremas y geles, 2-3 veces al día mientras tengan

lesiones atrófico-erosivas (5). El empleo de estos preparados provoca, con frecuencia Candidosis asociada, por lo que en ocasiones se emplean, junto a los corticosteroides, preparados antimicóticos.

1.3- Liquen plano con lesiones atrófico-erosivas generalizadas. En estas circunstancias lo adecuado es emplear soluciones de corticosteroides, bien de dexametasona o triamcinolona, realizando enjuagues 2-3 veces al día utilizando el producto sin diluir y sin tragarlo, una vez efectuado el enjuague (6).

1.4- Liquen plano con gingivitis descamativa. En estas ocasiones es muy útil el empleo de férulas gingivales para aplicar el corticosteroide (triamcinolona, fluocinolona, propionato de clobetasol) en contacto directo con las lesiones gingivales. Se suele recomendar su uso una o dos veces al día mientras persisten las áreas atrófico-erosivas.

1.5- Liquen plano con lesiones refractarias al tratamiento. En aquellos pacientes que los tratamientos anteriores no consigan eliminar por completo las lesiones atrófico-erosivas, dejando áreas residuales sin resolver, es muy aconsejable el empleo de infiltraciones intralesionales con acetónido de triamcinolona (10-20 mg/ml) pudiendo repetir la misma dosis tras 2-4 semanas.

1.6- Liquen plano que no responde al tratamiento con preparados locales. En estos casos es cuando puede estar indicado el tratamiento con corticosteroides generales a dosis de 30-80 mg/día de prednisona, administrados una vez al día por las mañanas durante un periodo de 2-3 semanas para ir reduciendo la dosis gradualmente (6).

2- Otros tratamientos.

Cuando el tratamiento con corticosteroides no de los resultados esperados, entonces podremos recurrir a otros fármacos.

2.1- Preparados locales.

2.1.1- Ciclosporina tópica. Solución de 100 mg/ml, que la emplearemos en forma de enjugues durante unos 5-10 minutos. Si a ello se le asocian corticosteroides los resultados pueden ser superiores (7,8).

2.1.2- Retinoides tópicos. Tales como el tretinoin al 0,1%. Si se asocia a corticosteroides el efecto suele ser mejor (9).

2.2- Tratamientos sistémicos. Cualquiera de los fármacos que a continuación señalamos sólo se deberán utilizar cuando los corticosteroides nos fallan, debiendo tener en cuenta sus efectos secundarios, a veces importantes.

2.2.1- Hidroxicloroquina. A una dosis diaria de 200-400 mg. La respuesta al tratamiento es lenta y puede tardar hasta seis meses para conseguir el máximo efecto antiinflamatorio (10).

2.2.2- Retinoides sistémicos. Tales como el acitretin o isotretinoin a dosis de 25-50 mg/día de cada uno de ellos. Los efectos secundarios suelen ser importantes y recidivan al suspender el tratamiento (11,12).

2.2.3- Otros fármacos inmunosupresores. Como la azatioprina (100-150 mg/día) y ciclosporina (2-4 mg/Kg/día). El primero requiere algunos meses hasta observar los efectos beneficiosos, mientras que el segundo produce una rápida respuesta.

Referencias bibliográficas

1. Scully C, Beyb M, Ferreiro MC, et al. Update on oral lichen planus: etiopathogenesis and management. *Crit Rev Oral Biol Med.* 1998;9:86-122.
2. McCartan BE, McCreary CE. Oral lichenoid drug eruptions. *Oral Dis* 1997;3:58-63.
3. Ostman PO, Anneroth G, Skoglund A. Amalgam-associated oral lichenoid reactions. Clinical and histologic changes after removal of amalgam fillings. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996;81:459-65.
4. Holmstrup P, Schiotz AW, Westergaard J. Effect of dental plaque control on gingival lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990 ; 69: 585-90.
5. Carrozzo M, Gandolfo S. The management of oral lichen planus. *Oral Dis.* 1999; 5: 196-205.
6. Lozada-Nur F, Miranda C. Oral lichen planus: topical and systemic therapy. *Semin Cutan Med Surg.* 1997; 16:295-300.
7. Eisen D, Ellis CN, Duell EA, Griffiths CE, Voorhees J.I. Effect of topical cyclosporine rinse on oral lichen planus. A double-blind analysis [see comments]. *N Engl J Med.* 1990;323:290-4.
8. Harpenau LA, Plemons JM, Rees TD. Effectiveness of a low dose of cyclosporine in the management of patients with oral erosive lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1995;80:161-7.
9. Sloberg K, Hersie K, Mobacken H, Thilander H. Topical tretinoin therapy and oral lichen planus. *Arch Dermatol.* 1979; 115:716-8.
10. Eisen D. Hydroxychloroquine sulfate (Plaquenil) improves oral lichen planus: An open trial. *J Am Acad Dermatol.* 1993;28:609-12.
11. Laurberg G, Geiger JM, Iijorth N, et al. Treatment of lichen planus with acitretin. A double-blind, placebo-controlled study in 65 patients. *J Am Acad Dermatol.* 1991;24:434-7.
12. Camisa C, Allen CM. Treatment of oral erosive lichen planus with systemic isotretinoin. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1986;62:393-6.

S1.4

¿Es el liquen plano oral un proceso precanceroso?

Prof. Bermejo Fenoll A

Universidad de Murcia. Murcia. España

El liquen plano oral (LPO) es un desorden mucocutáneo inflamatorio crónico de origen desconocido(1) que afecta al 0,1-4% de los individuos según regiones. Shklar y Mc Carthy describieron en 1961 los criterios clínicos e histopatológicos para el diagnóstico del liquen plano oral y consideraron las formas erosivas y ulcerativas raras y en relación con traumatismos de algún tipo (2). Algunos autores modernos consideran aun que la biopsia no es imprescindible para el diagnóstico de LPO (Vicent et al 1990, Brown et al 1993). Afortunadamente la mayoría de autores no contempla esta actitud.

Clínicamente pueden ser considerados dos grupos de situaciones clínicas: 1. Lesiones exclusivamente reticulares blancas, y 2. Lesiones ulcerativas y/o atróficas con o sin lesiones reticulares (3). Hay autores que consideran hasta 17 formas diferentes de expresión clínica del LPO. En realidad una propiedad clínica fundamental de las lesiones de liquen plano es que son “lesiones dinámicas”. El grado de actividad inflamatoria las hace cambiantes como

en el lupus eritematoso oral, casi de un día para otro. Estrías blancas se hacen eritematosas y viceversa, y algunas zonas lesionadas pueden curar ad integrum o curar con fenómenos de microesclerosis en corion y atrofia epitelial. Por todo ello se explica que al liquen se le halla denominado la “enfermedad de las mil caras” o sencillamente “enfermedad carnavalesca”. Sus distintas formas de expresión incluso en el curso de la enfermedad de un mismo enfermo, pueden desorientar al clínico. A pesar de todo podríamos considerar dos situaciones clínicas: **A**. Líquenes planos de predominio blanco (lesiones reticulares/papulares), asintomáticos y **B**. Líquenes planos de predominio rojo (lesiones eritematosas/atróficas) con ligeros síntomas. Aunque insistimos en que en un mismo enfermo pueden darse las situaciones A y B consecutivas. Otra característica clínica interesante es el carácter multicéntrico y bilateral de las lesiones.

Histológicamente encontramos: 1) En cori6n: banda yuxtaepitelial de infiltrado de predominio linfocítico y cuerpos de

TABLA 1.
Liquen plano oral y carcinoma de células escamosas.

AUTOR	N.º LPO	N.º CCE	%TRANSFORMACIÓN	FORMA LPO	CARACTERÍSTICAS EN CCES
(7) Silverman et al. USA. 1985	570	7 3 M. Yugal 2 Lengua 1 Encía 1 Labio	(1,2)	2 Blanca	HOMBRE 0 MUJER 2
				5 Roja	HOMBRE 3 MUJER 2
(8) Holmstrup et al. Denmark. 1988	611	9 5 Lengua 3 Encía 1 M. Yugal	(1,5)	1 Blanca	HOMBRE 0 MUJER 1
				8 Roja	HOMBRE 1 MUJER 7
(9) Silverman et al. USA. 1991	214	5 2 Lengua 2 Encía 1 M. Yugal	(2,3)	1 Blanca	HOMBRE 1 MUJER 0
				4 Roja	HOMBRE 0 MUJER 4
(10) Barnard et al. UK. 1993	241	9 6 Lengua 2 M. Yugal 1 M. Alveolar	(3,7)	0 Blanca	HOMBRE 0 MUJER 0
				9 Roja	HOMBRE 5 MUJER 4
TOTALES	1636	30 Lengua 15 M. Yugal 7 Encía 6 M. Alveolar 1 Labio 1	(2,2)	4 Blanca	HOMBRE 1 MUJER 3
				26 Roja	HOMBRE 9 MUJER 17

(Civatte 2). En epitelio: degeneración hidrópica de las células del estrato basal, hiper/paraqueratosis o bien atrofia (2,4). Lo habitual es que los fenómenos de hiperqueratosis los encontremos más frecuentemente en las formas clínicas de predominio blanco y que los fenómenos de atrofia epitelial los encontremos más en las formas de predominio rojo.

El desarrollo de un carcinoma de células escamosas oral (CCEO) sobre lesiones de LPO todavía hoy, es un tema controvertido. Existen autores que no creen que las lesiones de liquen plano oral pueden llegar a transformarse en un cáncer (5,6). Sin embargo la mayoría de autores clínicos que han estudiado y seguido en el tiempo series de enfermos con LPO describen transformaciones malignas o pacientes en los que se realizó el diagnóstico simultáneo de LPO y CCEO. Las cifras de asociación de ambas entidades diagnosticadas clinicopatológicamente, en series desde 1985 de 200 o más enfermos oscilan según autores entre el 1,2% y el 3,7% (7-10) como puede observarse en la Tabla 1.

Krutchkoff et al establecieron en 1978 (11) estrictas normas como criterios de inclusión para poder hablar de transformación maligna de una lesión de LPO (tabla 2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1973 definió la condición precancerosa como “un estado generalizado asociado a un incremento en el riesgo de cáncer” y como lesión precancerosa “un tejido morfológicamente alterado en el cual el cáncer es más probable que ocurra que en el equivalente aparentemente normal” (12). Se aceptan como lesiones precancerosas las leucoplasias homogéneas, las leucoplasias no homogéneas (la eritroleucoplasia, la nodular y los tipos exofíticos anteriormente llamadas leucoplasias verrugosas) y las eritroplasias (13). La OMS considera desde 1978 (14) como condiciones precancerosas el liquen plano, el lupus eritematoso discoide, las anemias fenopénicas, la sífilis y la fibrosis oral submucosa. Desde este punto de vista deberían mantenerse los criterios de inclusión de Holmstrup en caso de incluir el liquen

plano como lesión precancerosa. Si aceptamos el concepto de la OMS y al LPO se le acepta como condición precancerosa, lógicamente los criterios deberían ampliarse y deberían incluirse en las series de casos donde el diagnóstico fue simultáneo liquen-cáncer, tal y como hacen Moncarz y colaboradores (15).

En nuestra opinión y en sentido estricto la lesión de liquen plano, no puede ser considerada como una lesión precancerosa. Ningún dermatólogo piensa que una lesión concreta de LP en la piel pueda pasar a carcinoma y de hecho en el estudio de Sigurgeirsson et al así se demuestra (16). El ecosistema oral es muy distinto al de la piel. En la boca pueden actuar cocarcinogénicos mecánicos, físicos y químicos y biológicos específicos. Con el LPO sucede algo parecido a lo que pasa con las úlceras crónicas orales. En la piel una úlcera no se considera como una situación de riesgo sencillamente porque no pueden actuar los mismos factores cocarcinogénicos.

Al principio hemos incluido entre los criterios de diagnóstico clínico un hecho que se da en las lesiones de LPO y en su “carácter dinámico” (17) algo no suficientemente resaltado en la literatura.

Estas “lesiones dinámicas” son como las de la piel, no pueden considerarse como lesiones premalignas pero en la boca se originan epitelios atróficos lábiles que se ven agredidos desde el corion (infiltrado linfocítico yustabasal) y desde el exterior (agentes mecánicos, físicos, etc.). En un momento determinado tales epitelios pueden sufrir mutaciones y originar cualquiera de las conocidas lesiones precancerosas, donde podría encuadrarse el concepto de displasia liquenoide descrito por Eisenberg y Krutchkoff. Son lesiones que permanecen, es decir podrían considerarse “lesiones adinámicas”. Una leucoplasia (muchas veces confundida con el liquen plano en placas) en un paciente con liquen plano puede mantener el infiltrado en banda si la expresión antigénica de las células basales se mantiene. La controversia aparece porque el patólogo necesita ver que donde existió una lesión de liquen plano aparece un cáncer, lo cual implica lesión precancerosa, y el liquen, insistimos, es una condición precancerosa. Los clínicos conocen muy bien que el sujeto que tiene un LPO tiene más riesgo de padecer un CCEO (7-10) probablemente precedido de una lesión precancerosa como la leucoplasia. El problema surge porque no sabemos ni qué paciente de LPO padecerá la transformación, ni dónde, ni en qué momento, ni qué cofactores añadidos se hallan implicados. Los largos períodos de evolución, las formas de predominio rojo, el sexo femenino y la localización en determinadas regiones (lengua, mucosa yugal y encía) parece que facilitan la aparición de carcinoma (ver Tabla 1). Nuevas y muy actuales vías de estudio como la citogenética de interfase (18) y el análisis inmunohistoquímico de la sobreexpresión de p53 (19) prometen ayudar en este sentido.

Serán presentados los resultados personales de 268 casos de LPO diagnosticados clinicopatológicamente y seguidos en el tiempo.

TABLA 2.

Criterios de inclusión de LPO con fenómeno de transformación en LPO (11).

A. Diagnóstico original: Verificado debidamente el diagnóstico clínico, deben existir al menos 2 de los 4 hechos histopatológicos siguientes: 1-Hiperqueratosis o paraqueratosis. 2-Red de papilas en dientes de sierra. 3-Infiltrado superficial de linfocitos. 4-Licuefacción de las células del estrato basal. B. Historia y seguimiento: 1- Los hechos históricos y clínicos de la transformación deben haber sido adecuadamente descritos (edad, sexo, localización precisa y descripción de la lesión). 2- La descripción de la transformación deberá haber sido seguida (mínimo de 2 años) con todos los cambios de los hechos clínicos adecuadamente registrados. C. Exposición a tabaco: Los hábitos de tabaquismo deberán ser adecuadamente documentados para ayudar a distinguir entre verdaderas transformaciones malignas y carcinomas convencionales aparecidos en la boca de pacientes que ya padecían liquen plano.

Referencias bibliográficas

1. Silverman S, Gorsky M, Lozada –Nur F. A prospective follow-up study of 570 patients with oral lichen planus: Persistence, remission, and malignant association. *Oral sur Oral Med Oral Pathol* 1985;60:30-4.
2. Shklar G, Mc Carthy PL. The oral lesions of lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1961; 1:164-81.
3. Bagán Sebastián JV, Milián Masanet MA, Peñarrocha-Diogo M, Jiménez Y. A Clinical Study of 205 patients With Oral Lichen Planus. *J Oral Maxillofac Surg* 1992;50:116-8.
4. Andreasen JO. Oral lichen planus. II. A histologic evaluation of ninety-seven cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1968;25:158-66.
5. Eisenberg E, Krutchkoff DJ. Lichenoid lesions of oral mucosa. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992;73:699-704.
6. Allen CM. Is lichen planus really premalignant? (Editorial). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1998;85:347.
7. Silverman Sm, Lozada-Nur F. A prospective follow-up study of 570 patients with oral lichen planus: Persistence, remission, and malignant association. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985;60:30-4.
8. Holmstrup P, Thorn JJ, Rindum J, Pindborg JJ. Malignant development of lichen planus-affected oral mucosa. *J Oral Pathol* 1988;17:219-25.
9. Silverman S Jr, Gorsky M, Lozada-Nur F, Giannottik. A prospective study of finding an management in 214 patients with oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991;72: 665-70.
10. Barnard NA, Scully C, Eveson JW, Cunningham S, Porter SR. Oral cáncer development in patients with oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 1993; 22:421-4.
11. Krutchkoff DJ, Cutter L, Laskowski S. Oral lichen planus: the evidence regarding potential malignant transformation. *J Oral Pathol Med* 1978;7:1-7.
12. World Health Organization. Report from a meeting of investigators on the histological definition of precancerous lesions. 1973.1973.CAN/731. Geneva.
13. Axell T, Pindborg JJ, Smith CJ, Van der Waal I. An International Collaborative Group on Oral White Lesions: conclusión of an international symposium held in Uppsala, Sweden, May 18-21. 1994. *J Oral Pathol Med* 1996;25:49-54.
14. World Health Organization. Colaborating centre for Oral Precancerous lesions. Definition of leukoplakia and related lesions: An aid to studies on oral precáncer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1978;46:518-39.
15. Moncarz V, Ulmanky H, Lustmann J. Lichen planus: Exploring its malignant potencial. *JADA* 1993;124:102-8.
16. Sigurgeirsson Bm, Lindelöf B. Lichen planus and malignancy: an epidemiologic study of 2071 patients and a review of the literatura. *Arch Dermatol* 1991;127:1684-8.
17. Bermejo Fenoll A, López Jornet P. Enfermedades no infecciosas de la mucosa oral. Madrid: Editores médicos, S.A.,1997.
18. Kim J, Yook JI, Lee EH, Ryu MH, Yoon JH, Hong JC, Kim DJ, Kim HS. Evaluation of premalignant potential in oral lichen palnus using interphase cytogenetics. *J Oral Pathol Med* 2001;30:65-72.
19. Valente G, Pagano M, Carrozzo M, Carbone M, Bobba V, Palestro G, Gandolfo S. Sequential immunohistochemical p53 expression in biopsies of oral lichen planus undergoing malignant evolution. *J Oral Pathol Med* 2001; 30:135-40.

SIMPOSIO 2. S2

LAS MICOSIS ORALES EN EL TERCER MILENIO

S2.1

Los retos de la Micología Oral

Prof. Pontón J

Universidad del País Vasco EHU. Leioa. España

La presencia de manchas blancas o blanco-amarillentas en la mucosa oral de personas debilitadas, especialmente ancianos y niños, se conoce desde tiempos remotos y probablemente fue una de las primeras infecciones orales en ser documentada. A pesar de su temprana observación, el comienzo del estudio científico del muguet no se produce hasta la mitad del siglo XIX, pero ha sido en los 50 últimos años cuando realmente se ha avanzado en el conocimiento de las candidiasis orales. En gran medida, esto también ha sucedido con el resto de las micosis que afectan a la cavidad oral, cuya incidencia es notable en determinadas zonas geográficas pero está aumentando en zonas no endémicas debido a la generalización del turismo. Los avances se han producido en todos los campos. El aumento constante en el número de pacientes con factores predisponentes para el desarrollo de las candidiasis orales ha cambiado el espectro de los pacientes afectados y ha permitido la descripción detallada de las presentaciones clínicas. Una mención especial debe hacerse a la pandemia del SIDA que disparó el número de pacientes con candidiasis orofaríngea y planteó retos importantes en el tratamiento de esta micosis. La etiología de las candidiasis orales es bien conocida. Sin embargo, recientemente se ha descrito una nueva especie, denominada *Candida dubliniensis*, que es muy similar a *C. albicans* y que se aísla fundamentalmente en la cavidad oral de pacientes infectados por el VIH. Aunque actualmente pueden existir dificultades para la identificación de las dos especies en algunos laboratorios, la diferenciación es necesaria ya que *C. dubliniensis* presenta una mayor capacidad que *C. albicans* para desarrollar resistencias a los azoles. El conocimiento a nivel molecular de los factores de virulencia fúngicos y de los mecanismos defensivos del hospedador están permitiendo un mejor entendimiento de la patogenia de las micosis orales, aunque el progreso no ha sido homogéneo en todas las micosis ni dentro de una misma micosis. Por ejemplo, se ha avanzado relativamente poco en el establecimiento del papel que juega *Candida* en el desarrollo de la leucoplasia oral. El tratamiento de las micosis orales es un área de creciente interés. A las formulaciones clásicas de los antifúngicos convencionales se están añadiendo nuevas presentaciones, y también nuevos antifúngicos que actúan sobre nuevas dianas, que mejoran y amplían el espectro existente.

Sin lugar a dudas el tercer milenio traerá consigo grandes avances en el conocimiento y manejo de las micosis orales. En un futuro inmediato la secuenciación del genoma de *C. albicans* y posteriormente del resto de los hongos que producen micosis orales permitirá un mejor conocimiento de su patogenia y abrirá la puerta del diseño de nuevos antifúngicos basados en la neutralización de factores de virulencia o de genes vitales para los hongos. El conocimiento de la respuesta inmune en las mucosas y de los antígenos inmunodominantes de los hongos permitirá el desarrollo de vacunas y la utilización de bacterias de la microbiota oral modificadas genéticamente para sintetizar y secretar anticuerpos candidicidas. La generalización del uso de las técnicas moleculares facilitará el diagnóstico de laboratorio y permitirá un mejor conocimiento de la epidemiología de las micosis orales. El desarrollo de nuevos fármacos antifúngicos, así como la potenciación de las respuestas inmunológicas, permitirán un control eficaz de las micosis orales. Aunque los datos existentes en la actualidad no permiten suponerlo, un aspecto a considerar de la utilización de antifúngicos será la aparición de resistencias, de forma análoga a lo que sucedió con la utilización de los fármacos antibacterianos.

Referencias bibliográficas

1. Beninati C, Oggioni MR, Bocanera M, Spinosa MR, Maggi T, Conti S, Magliani W, De Bernardis F, Teti G, Cassone A, Pozzi G, Polonelli L. Therapy of mucosal candidiasis by expression of an anti-idiotypic in human commensal bacteria. *Nat Biotechnol* 2000;18: 1060-1064.
2. Delgado W, Aguirre JM. Las micosis orales en la era del sida. *Rev Iberoam Micol* 1997;14:14-22
3. Martins M, Lozano-Chiu M, Rex JH. Declining rates of oropharyngeal candidiasis and carriage of *Candida albicans* associated with trends toward reduced rates of carriage of fluconazole-resistant *C. albicans* in human immunodeficiency virus-infected patients. *Clin Infect Dis* 1998; 27: 1291-1294.
4. Mewes HW, Albermann K, Bähr M, Frishman D, Gleissner A, Hani J, Heumann K, Kleine K, Maierl A, Oliver SG, Pfeiffer F, Zollner A. Overview of the yeast genome. *Nature* 1997; 387 (Suppl.): 7-8.
5. Sanglard D. Integrated antifungal drug discovery in *Candida albicans*. *Nat Biotechnol* 2001;19: 212-213.
6. Sullivan DJ, Moran G., Donnelly S, Gee S., Pinjon E., McCartan B, Shanley DB, Coleman DC. *Candida dubliniensis*: an update. *Rev Iberoam Micol* 1999;16:72-76.
7. Cutler JE. Putative virulence factors of *Candida albicans*. *Annu Rev Microbiol* 1991; 45: 187-218.
8. Hogan L, Klein BS, Levitz SM. Virulence of medically important fungi. *Clin Microbiol Rev* 1996; 9: 469-488.
9. Ogra PI, Faden H, Welliver RC. Vaccination strategies for mucosal immune responses. *Clin Microbiol Rev* 2001; 14: 430-445.

S2. 2

Nuevas perspectivas en la epidemiología y etiopatogénesis de la candidosis oral

Prof. Samaranayake LP

Universidad de Hong Kong. Hong Kong

Las especies de *Candida* son ubicuas, patógenos fúngicos humanos capaces de provocar una variedad de enfermedades superficiales recurrentes especialmente en la mucosa oral y vaginal. En los últimos años de la década de los 50 hubo un gradual incremento en el número de casos de infecciones superficiales por *Candida* asociadas a la administración de un amplio espectro de antibióticos tales como tetraciclinas. Posteriormente, el uso extensivo de los esteroides e inmunosupresores en pacientes receptores de trasplantes de órganos, la terapia radiactiva ablativa, medular y el uso de antineoplásicos en pacientes con enfermedades malignas hematológicas han contribuido a un incremento de la morbilidad asociada a *Candida*. Más recientemente, las infecciones mucosas por *Candida* han sido motivo de gran atención debido a la pandemia del virus de la inmunodeficiencia adquirida. Por ejemplo, se conoce que hasta el 90% de los individuos infectados por VIH sufren candidosis orofaríngea. Estos procesos constituyen una característica clave en el estadio de la enfermedad por VIH y han sido incluidas como marcador en la clasificación de la enfermedad. Curiosamente, los pacientes infectados por VIH parecen ser más susceptibles a la candidosis orofaríngea pero no a la vaginal y a la diseminada. Los otros factores de riesgo generales que conllevan a la candidosis oral incluyen la edad (principalmente los muy jóvenes y ancianos), el portar prótesis dentales, el fumar, la diabetes mellitus, las deficiencias de hierro y vitaminas, y la hipofunción de las glándulas salivales.

C. albicans es la especie que más se asocia a las lesiones orales, pero también se encuentran ocasionalmente otras menos patógenas como *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis* y *C. krusei*. Recientemente, una nueva especie *C. dubliniensis* relacionada con *C. albicans* se ha aislado principalmente de las lesiones de la mucosa en pacientes infectados por VIH, aunque otros grupos de pacientes podrían albergar también a este organismo. La emergencia de *Candida*, y de especies resistentes a los nuevos antifúngicos tales como *C. glabrata* y *C. krusei* son actualmente motivo de preocupación.

Un importante cofactor asociado a la patogénesis de la candidosis oral parece ser la virulencia del orga-

nismo infectante. Las características específicas de los hongos que contribuyen al desarrollo de la candidosis oral incluyen su habilidad para adherirse y colonizar la mucosa oral, formar tubos germinales terminados en apéndices cilíndricos, y su hidrofobicidad superficial. Los cambios fenotípicos y genéticos, la aspartil proteínasa extracelular, y la producción de fosfolipasa, parece que juega un papel secundario en la patogenicidad. Sin embargo, la gradación de la importancia de estos aspectos predisponentes aun se conoce poco. El desarrollo de la candidosis oral no se produce necesariamente ni por la colonización sola por especies de *Candida*, ni un incremento significativo en su concentración salival no necesariamente la producen. Por tanto otro factor local o sistémico tiene que estar presente para que los organismos inicien la infección y causen la enfermedad.

Clínicamente, la candidosis oral puede estar presente en tres principales variedades. Concretamente, el tipo pseudomembranoso, comúnmente conocido como muguet, el eritematoso y las variantes hiperplásicas. Cuando dos o más de estas aparecen juntas se utiliza el término de candidosis multifocal. Otras lesiones comunes incluyen la estomatitis protética asociada a *Candida*, la queilitis angular y la glositis romboidal media. *Candida* puede jugar un papel también en el eritema gingival lineal y en la periodontitis necrótica, descritas en la enfermedad por VIH, aunque no esta claramente definido.

Las defensas orales del hospedador contra *Candida* esencialmente se pueden dividir en dos: los mecanismos inmunes no específicos (por ejemplo la integridad de la mucosa, las bacterias comensales, los leucocitos polimorfonucleares, los macrófagos y los factores salivales) y los mecanismos inmunes específicos que incluyen los anticuerpos del suero, los anticuerpos secretados y la inmunidad celular mediada por células.

El epitelio escamoso estratificado de la mucosa oral forma una superficie continua que protege los tejidos subyacentes, y funciona como una barrera mecánica e impermeable. La interacción entre las especies de *Candida* y la flora microbiana comensal es quizás el siguiente mecanismo crítico que modula la coloniza-

ción por *Candida*. La flora comensal regula el número de levaduras inhibiendo la adherencia de las levaduras a la superficie oral compitiendo por los puntos de adhesión tanto como por los nutrientes disponibles. La cavidad oral humana es única al estar constantemente bañada por saliva, un fluido biológico con potente actividad antifúngica y antibacteriana. Además, la constante acción limpiadora de la saliva inhibe mecánicamente la acumulación de microorganismos en varios nichos orales. Una reducción cuantitativa de la saliva o del flujo salival, por ejemplo en el síndrome de Sjögren provoca estado xerostómico con incremento concomitante en la cantidad e infección oral por *Candida*, indicando la importancia de las defensas salivales contra la invasión fúngica. Los elementos de la saliva que inhiben el crecimiento de *Candida* incluyen factores no específicos tales como las proteínas ricas en histidina, proteínas ricas en prolina, el sistema peroxidasa salival, la lactoferrina y la lisozima. La naturaleza anticandida de los polipéptidos ricos en histidina (HRP) es particularmente significativa y tiene similares características a los imidazoles. La lisozima y la lactoferrina son dos adicionales proteínas salivales no-inmunoglobulinas que contribuyen a la regulación oral de *Candida*. Se

conoce que dos sistemas independientes, el sistema inmune sistémico y el secretor están involucrados en la defensa de la cavidad oral contra *Candida*. Los individuos con bajos niveles de IgAs son frecuentemente más afectados por candidosis mucosa. La IgA funcional parece prevenir la adhesión de *C. albicans* al epitelio de la mucosa. Los leucocitos polimorfonucleares y los macrófagos tienen la habilidad de fagocitar y matar células de *Candida*. Sin embargo, la expresión completa de su actividad es dependiente del aumento de citoquinas sintetizadas o inducidas por células T, y del periodo de tiempo que sobreviven en el ambiente oral hostil bañadas en saliva. La candidosis mucocutánea así como la candidosis sistémica están típicamente asociadas con defectos en la respuesta inmune mediada por células. Se han reconocido una gran cantidad de defectos en la inmunidad mediada por células en los pacientes con candidosis crónica mucocutánea. Esto se ha comprobado en pacientes con infección VIH, con pérdida de linfocitos CD4+, produciéndose recurrencias frecuentes de la candidosis orofaríngea.

Esta presentación analiza estos aspectos de la epidemiología y etiopatogenia de la candidosis oral.

S2.3

Las candidosis orales en el paciente VIH (+): Ayer y Hoy

Prof. Ceballos A

Universidad de Granada. Granada. España

Desde las primeras descripciones de la enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), llamó la atención la alta frecuencia de manifestaciones orales que presentaban las personas afectadas por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (1,2). Las lesiones orales, en concreto la candidiasis oral, han sido aspectos relevantes de la enfermedad tanto desde el punto de vista clínico, diagnóstico y predictivo.

La importancia de estas lesiones, principalmente candidiasis oral y leucoplasia vellosa, radica en el hecho de que son con mucha frecuencia el primer signo de esta enfermedad, además de tener valor pronóstico en cuanto a la evolución de la infección y la aparición de SIDA (3,4,5,6).

La importancia de las lesiones orales en individuos infectados por VIH es múltiple: 1) Ciertas lesiones

orales pueden predecir el serostatus VIH cuando el test de anticuerpos no está disponible, 2) Exámenes orales cuidadosos pueden aumentar la exactitud de la clasificación de los Centros para el Control de la enfermedad (CDC) de los individuos infectados por el VIH, 3) La candidiasis oral y la leucoplasia vellosa pueden utilizarse como criterios para instaurar el tratamiento específico frente al VIH, 4) La candidiasis oral puede ser un marcador para la aparición de candidiasis esofágica, 5) Algunas lesiones orales como candidiasis, sarcoma de Kaposi, úlceras aftosas, herpes simple y enfermedad periodontal pueden producir una morbilidad significativa en pacientes infectados por el VIH, 6) La candidiasis y la leucoplasia vellosa pueden determinar el desarrollo del SIDA en pacientes VIH, incluso después de que el recuento de CD4 está controlado (7,8).

La candidiasis oral es a menudo la manifestación inicial de la infección sintomática por VIH y es también una predicción de las probabilidades de otras infecciones oportunistas. Particularmente en hombres jóvenes, el desarrollo de una candidiasis oral sin una causa local, tal como xerostomía, o terapia con antimicrobianos, corticosteroides, u otras drogas inmunosupresoras, es altamente sugestivo de la infección por VIH (9,10).

La clasificación de la OMS de 1992 distingue 2 tipos principales de candidiasis oral: la candidiasis eritematosa y la candidiasis pseudomembranosa. La candidiasis hiperplásica se ha eliminado de la clasificación (11). Nosotros preferimos seguir en nuestro trabajo la clasificación establecida por Holmstrup y Axell en 1990 (12) que sí incluye dicha forma clínica por la importancia de la misma. Scully y cols. (9), refieren que la forma pseudomembranosa de la candidiasis puede ser la manifestación oral más común de la infección por VIH.

En el trabajo de referencia de las lesiones orales asociadas al sida, en España, de 1996 (13) las candidiasis orales, aparecían en el 65,7% de los enfermos estudiados, y su aparición estaba relacionada con las cifras de linfocitos CD4. En los enfermos incluidos en el Grado 1 (enfermos con más de 500 linfocitos CD4/mm³), aparecía en el 35,6%, siendo la variedad clínica más frecuente, en este grupo, la pseudomembranosa (8,2%), seguida de la variedad eritematosa (6,9%) y de la forma hiperplásica que aparecía en un 0,7%. La queilitis angular, como forma asociada, aparecía en este grupo en un 19,37% de los enfermos. En los enfermos de Grado 2 (enfermos con cifras de CD4 entre 200-500/mm³) aparecen lesiones en un 59,8% de los enfermos, la forma pseudomembranosa en el 11,7%, seguida de la forma eritematosa, en el 30,3% de los enfermos, y la variedad hiperplásica, que la encontrábamos en un 5,8%. La queilitis angular aparecía en un 11,7%. En los enfermos de Grado 3 (cifras de CD4 menores de 200/mm³), las candidiasis aparecían en el 92,7% de los enfermos. La forma pseudomembranosa en el 76,9%, la eritematosa en el 33,9% y la hiperplásica en el 13,3% de los enfermos. La queilitis angular aparecía en el 33,1% de los pacientes.

En trabajos posteriores (14,15,16) hemos observado un descenso de la prevalencia de la candidiasis oral en estos enfermos, en los que se sigue observando una relación entre las cifras de linfocitos CD4 y la presencia de lesiones por *Candida*, que oscilan entre un 40 y un 60%. Entre el grupo de riesgo homosexual, Ceballos y cols. (17), encuentran una prevalencia de candidiasis oral del 56%.

En un trabajo piloto, publicado en 1998 (18) sobre la posible influencia de la aplicación de la terapia anti-retroviral altamente activa en la aparición de las lesiones orales, en enfermos con seis meses de

medicación, encontramos lesiones por *Candida* en el 30,2% de los enfermos. En los pacientes incluidos en el Grado 1 (>500 linfocitos CD4/mm³), aparecía en el 18,7%, con la variedad eritematosa en el 18,7% y ningún caso de la variedad pseudomembranosa ni hiperplásica. La queilitis angular, aparecía en este grupo en un 5,8% de los enfermos. En los enfermos de Grado 2 (200-500 linfocitos CD4 /mm³) aparecían lesiones en un 29,4% de los enfermos, pseudomembranosas en el 2,9%, eritematosas en el 41,1% de los enfermos, y ningún caso de la variedad hiperplásica. La queilitis angular aparecía en un 5,8%. En los enfermos de Grado 3 (<200 linfocitos CD4/mm³), las lesiones de candidiasis aparecían en el 36,1% de los enfermos, con la forma pseudomembranosa en el 13,8%, la eritematosa en el 50%, y ningún caso de la variedad hiperplásica. La queilitis angular aparecía en el 2,7% de los pacientes de este grupo.

Se valoraba también en este trabajo la posible importancia de la carga viral en la aparición de las lesiones, o su posible influencia en la evolución de las mismas. Hacen los autores dos grandes grupos, uno de enfermos con carga viral menor de 10.000 copias/mm³ y otro de enfermos con carga viral superior a 10.000 copias/mm³. En los pacientes con carga viral inferior a 10.000 copias/mm³, las lesiones por *Candida* aparecían en un 27,7%, la forma pseudomembranosa en el 1,8% y la variedad eritematosa en el 27,7%. La queilitis angular, la encontraban en un 1,8%. En los enfermos con carga viral superior a 10.000 copias/mm³, las lesiones por *Candida* aparecían en el 46,8%, la variedad pseudomembranosa en el 15,6%, la forma eritematosa en el 62,% y la queilitis angular en el 6,2%.

En un trabajo posterior (19), nuestro grupo, encuentra una prevalencia de lesiones por *Candida* del 30,2%, en los pacientes del Grado 1, aparecía en el 18,8%, en el Grado 2, en el 29,4% y en los pacientes del Grado 3 en el 36,1%. En este trabajo, la variedad más prevalente fue la eritematosa, seguida de la pseudomembranosa, que aparecía en una proporción mucho menor, no encontrando, tampoco en este estudio, ningún caso de variedad hiperplásica. Según la carga viral, los pacientes con menos de 10.000 copias/mm³, presentaban lesiones por *Candida* en el 20,4%, y los pacientes con carga viral superior a 10.000 copias/mm³, en un 46,9%. Estos dos últimos trabajos, fueron estudios piloto, con una muestra pequeña de enfermos.

La xerostomía es responsable en gran medida, de la aparición de ciertas lesiones orales, especialmente de las lesiones periodontales y las candidiasis que presentan estos enfermos. Con la aplicación de la medicación antirretroviral altamente activa, Ceballos y cols, en un trabajo piloto y en comunicaciones pos-

teriores, describieron una disminución de la xerostomía, acompañada en algunos casos, de un aumento del tamaño de las glándulas parótidas, debido a un infiltrado graso de origen yatrogénico (18,19,20,21). A partir de la introducción de los inhibidores de la proteasa a la terapia antiretroviral y el establecimiento de terapias combinadas y terapia antiretroviral altamente activa, se ha comunicado que esta terapia combinada produce una disminución de la carga viral en sujetos con enfermedad avanzada por infección por VIH. Tanto es así, que la literatura muestra que a partir de 1997 existe una disminución de infecciones oportunistas en los sujetos con SIDA, así como un aumento en la supervivencia de estos pacientes, mayor si fueron diagnosticados entre 1996 y 1997 (22).

Pretendemos en esta ponencia exponer la evolución, en este amplio periodo de tiempo, de las lesiones por *Candida* en la cavidad oral en los pacientes infectados por VIH, valorando tanto su prevalencia, como las modificaciones en las variedades clínicas encontradas, así como en su localización; y por otra, los posibles cambios en la presencia de cultivos positivos a *Candida*.

Referencias bibliográficas

- Gottlieb MS, Schanker HM, Fan PT, Saxon A, Weisman JO, Polzalski. Pneumocystis pneumonia-Los Angeles. MMWR 1981; 30: 250-1.
- Gottlieb MS, Schroff R, Schanker HM, et al. Pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. N Engl J Med 1984; 311: 354.
- Katz MH, Greenspan D, Westenhouse J, et al. Progression to AIDS in HIV-infected homosexual and bisexual men with hairy leukoplakia and oral candidiasis. AIDS 1992; 6: 95-100.
- Selwyn PA, Alcibes P, Hartel D, et al. Clinical manifestations and predictors of disease progression in drug users with human immunodeficiency virus infection. N Engl J Med 1992; 327: 1697.
- Moss AR, Bacchetti P, Osmond D, et al. Seropositivity for HIV and the development of AIDS or AIDS-related condition: three year follow-up of de San Francisco General Hospital cohort. BMJ 1988; 296: 745-50.
- Klein RS, Harris CA, Small CB, Moll B, Lesser M, Friedlan GH. Oral candidiasis in high-risk patients as the initial manifestation of the acquired immunodeficiency syndrome. N Engl J Med 1984; 311: 354.
- Melnick SL, Engel D, Truelove E, et al. Oral mucosal lesions: association with the presence of antibodies to the human immunodeficiency virus. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1989; 68: 37-43.
- Feigal DW, Katz MH, Greenspan D, et al. The prevalence of oral lesions in HIV-infected homosexual and bisexual men: three San Francisco epidemiological cohorts. AIDS 1991; 5: 519-25.
- Scully C, Laskaris G, Porter SR. Oral manifestations of HIV infection and their management. More common lesions. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1991; 71: 158-66.
- Anonimo. Orofacial manifestations of HIV infection. Lancet 1988; 30: 976-7.
- EEC Clearinghouse on Oral Problems Related to HIV Infection and WHO Collaborating Centre on Oral Manifestations of the Immunodeficiency Virus. Classification and diagnostic criteria for oral lesions in HIV infection. J Oral Pathol Med 1993; 22: 289-91.
- Holmstrup P, Axell T. Classification and clinical manifestations of oral yeasts infections. Act Odont Scand 1990; 48: 57-61.
- Ceballos A, Aguirre JM, Bagán JV. Oral manifestations associated with human immunodeficiency virus infection in a spanish population. J Oral Pathol Med 1996; 25: 523-6.
- Ceballos A, Aguirre JM, Bagán JV. Alteraciones orales en pacientes infectados por el VIH con menos de 200 linfocitos CD4. Avances Odontoestomatol 1997; 13: 119-28.
- Ceballos A, Olea D, Aguirre JM, Quindós G, Orihuela F, Castaño M. Candidiasis bucal en pacientes infectados por el VIH. Aspectos clínicos y microbiológicos. Actualidad Obstetrico-Ginecológica 1998; 2: 85-90.
- Ceballos A, Antunez JM, Bagán JV, Aguirre JM, Ceballos L. Lesiones orales asociadas a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en una población de 510 enfermos. Medicina Oral. 1998; 3: 199-206.
- Ceballos L, Quindós G, Ceballos A. Prevalencia de las lesiones orales asociadas a la infección por el VIH en una población homosexual. Medicina Oral 1999; 4: 470-8.
- Ceballos A, Ceballos L. Influencia de los inhibidores de la proteasa del VIH, asociados a otros antiretrovirales, en la aparición de las lesiones orales asociadas al sida. evolución de las mismas. Archivos Odontoestomatol 1998; 14: 284-9.
- Ceballos A, Gaitán LA, Ruesga MT, Ceballos L, Quindós G. Prevalencia de lesiones orales por *Candida* en una población con sida sometida a terapia antiretroviral altamente activa. Rev Iberoam Micol 1998;15:141-5.
- Ceballos A, Ruiz-Miranda M, Rodríguez-Archilla A, Ceballos G, Urquía M. Posibles cambios cualitativos y cuantitativos en la saliva de una población drogodependiente. Avances Odontoestomatol 1993; 1: 61-6.
- Ceballos A, Urbano B, Planells E, Ceballos L. Medición de electrolitos en saliva de pacientes VIH+. Archivos Odontoestomatol 1996; 12: 698-704.
- Ceballos A, Gaitán Cepeda LA, Monzón V, Bagán JV, Ceballos L. Valores de Na y K en saliva en un grupo de enfermos de SIDA, sometidos a medicación antiretroviral altamente activa. (abstrac 72-I) III Congreso de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal, Lima (Peru), 1999: pag: 36.
- Pezzotti P, Napoli PA, Acciai S, Boros S, Urcioli R, Lazzeri , Rezza G. Increasing survival time after AIDS in Italy: the role of new combination antiretroviral therapies. AIDS 1999; 13: 249-55.

S2.4

Micosis orales profundas: Paracoccidioidomicosis

Prof. Delgado W

Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. Perú

La paracoccidioidomicosis es la micosis sistémica más frecuente de Latinoamérica causada por el

hongo dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*. Los pulmones son los sitios de la infección primaria pero,

aunque no está probado, es posible que la infección se inicie en las mucosas, especialmente en la mucosa oral a través de la inoculación directa del hongo en estos tejidos. Las lesiones secundarias aparecen en las mucosas, en los ganglios linfáticos, en la piel y en las glándulas suprarrenales. Muchos pacientes son diagnosticados por las lesiones orales, de allí su importancia en la patología de cabeza y cuello.

Esta entidad también recibe el nombre de enfermedad de Lutz-Splendore-Almeida en honor a la contribución que en diferentes épocas hicieron estos investigadores brasileños. El término blastomicosis sudamericana, utilizado hasta 1971 se considera actualmente incorrecto.

Una de las características más resaltantes de la paracoccidioidomicosis es su distribución geográfica. Restringida a Latinoamérica, se le encuentra desde México (23° N) hasta Argentina (34° S) aunque existen varias áreas donde la micosis no ha sido reportada, tales como las islas del Caribe, las Guyanas, Surinam, Chile, Belize y Nicaragua. Los países que registran el mayor número de casos son Brasil, Colombia y Venezuela. Los casos de Paracoccidioidomicosis reportados en Europa, Asia y África se consideran no autóctonos y todos han sido encontrados en pacientes que previamente habían vivido en zonas endémicas de Sudamérica.

Es importante señalar que el tiempo transcurrido desde que el individuo estuvo en una región endémica y la aparición de las lesiones es muy prolongado habiéndose estimado una duración media de 15.3 años, lo que indica que el *P. brasiliensis* permanece latente por períodos muy largos.

En los países donde la enfermedad es endémica los pacientes provienen de área consideradas tropicales y subtropicales. Las condiciones ambientales predominantes son temperatura de 17 a 24°C, lluvias frecuentes (900 a 1810 mm/año), abundante vegetación, muchos arroyos con plantas silvestres, inviernos cortos y veranos lluviosos.

Los estudios con paracoccidioidina realizados en piel permiten sostener que la infección se adquiere a una edad temprana con un pico de incidencia en la segunda década de la vida sin diferencia de sexo; sin embargo la forma progresiva es más prevalente en hombres con una relación de 45:1 en Colombia y 81:1 en Brasil.

La infección activa es rara en niños y adultos jóvenes, diagnosticándose con mayor frecuencia en hombres entre 30-60 años. El paciente típico corresponde a un varón adulto desnutrido, agricultor de ocupación, que vive en estrecho contacto con el suelo y vegetales. En los últimos años se han reportado varios casos en pacientes con SIDA, todos pertenecientes a Brasil.

La patogénesis de la Paracoccidioidomicosis no está bien definida, sin embargo sobre la base de experimentación en animales y de datos clínicos se acepta que la lesión primaria se adquiere por la inhalación de conidias presentes en el aire, causando el complejo pulmonar primario. La conidias inhaladas rápidamente se transforman en levaduras que crecen en el parénquima pulmonar, produciendo una enfermedad progresiva que se disemina a órganos extrapulmonares. La diseminación hematógena a otros órganos puede coincidir con el compromiso ganglionar primario.

Formas clínicas

Hay evidencia que la paracoccidioidomicosis existe como infección subclínica, habiéndose encontrado el hongo en individuos que estaban siendo evaluados por otras enfermedades. Desde el punto de vista de la enfermedad clínica se distinguen dos formas: la forma juvenil aguda o subaguda y la forma crónica del adulto. La primera es severa y de curso rápido en comparación con la forma crónica, sin embargo en ambos casos la función del sistema inmunológico dependiente de los linfocitos T es anormal y en ausencia de una terapia adecuada, la mortalidad es alta. En las dos formas se pueden presentar lesiones a niveles de la cavidad oral, manifestándose con más frecuencia en la forma crónica del adulto.

Manifestaciones orales

La mucosa oral es el sitio más frecuente de localización de las lesiones extrapulmonares de la paracoccidioidomicosis, encontrándose entre 51.5% al 79.2% de lesiones, por otro lado, las lesiones de la mucosa oral pueden ser la primera manifestación clínica de la enfermedad. Se caracterizan por presentarse como úlceras superficiales eritematosas, microgranulomatosas, que sangran con facilidad y que presentan un exudado blanco amarillento. Comprometen usualmente las encías, cuando son pequeñas no producen sintomatología, sin embargo, si el compromiso es extenso puede haber dolor y sangrado.

Dependiendo de la extensión y duración de las lesiones gingivales se puede producir destrucción del hueso alveolar, lo que conduce a severa movilidad de dientes dando cuadros que pueden ser confundidos con enfermedad periodontal avanzada. Si bien las encías son los sitios más comprometidos, también es posible encontrar compromiso generalizado de toda la mucosa oral incluyendo rebordes alveolares edéntulos, la lengua, piso de boca y paladar blando y

duro. Debido a que las lesiones orales son raras en la parte media del paladar y más bien son muy frecuentes a nivel de las encías, se ha hipotetizado que las lesiones gingivales pueden ser el resultado de la inoculación directa del hongo por el uso de palitos infectados utilizados como mondadientes y que a partir de las lesiones gingivales se compromete el resto de la mucosa oral. Esta hipótesis es contradictoria con los resultados de los estudios en animales de experimentación que ha demostrado que el microorganismo entra por inhalación.

El hecho de que el compromiso oral es un hallazgo frecuente en los casos de paracoccidioidomicosis hace suponer que son las condiciones de humedad y temperatura de la boca las que permiten que el hongo se localice y prolifere en esta zona anatómica a partir de la diseminación hematógena proveniente de los pulmones. Es interesante señalar que también se ha identificado al Paracoccidioides en granulomas apicales, en tales casos se puede interpretar como infección sobreagregada de lesiones apicales a donde el hongo ha llegado por vía hematógena o mas probablemente por invasión a través de una caries que ha producido necrosis pulpar.

Las secuelas más importantes a nivel de la boca son la pérdida de dientes y severa fibrosis de la mucosa oral que impide abrir la boca y por ende dificulta la alimentación.

Histopatología

Las lesiones orales de paracoccidioidomicosis se caracterizan por presentar a nivel de la lámina propia

una reacción inflamatoria crónica granulomatosa, con células epitelioides y numerosas células gigantes tipo Langhans y a cuerpo extraño.

También se observa un infiltrado de polimorfonucleares y algunos eosinófilos entremezclados con linfocitos, histiocitos y células plasmáticas. Dentro del citoplasma de las células gigantes, en el intersticio y en áreas de acúmulos de PMN, se encuentra el hongo, el cual aparece como una estructura de 10 a 40 micras de tamaño, de forma redonda u ovalada con doble membrana y con gemación periférica que le da la apariencia de un timón de barco. Esta morfología puede ser fácilmente destacada empleando tinciones de Grocott, Gomori y PAS. El epitelio puede presentar ulceración además de zonas de hiperplasia pseudoepteliomatosa, edema intercelular (espongiosis), microabscesos y células acantolíticas. A nivel del epitelio el paracoccidioides puede encontrarse en las áreas espongíóticas y en los microabscesos.

El hongo también puede ser identificado mediante examen directo. En algunos casos el cultivo y la inoculación en animales es útil. La serología es útil para el diagnóstico y para evaluar la respuesta al tratamiento.

Tratamiento

El tratamiento de la paracoccidioidomicosis se hace con sulfonamidas, anfotericina B, ketaconazol, itraconazol y fluconazol.

El tratamiento de las secuelas a nivel de la boca se realiza utilizando colgajos mucocutáneos y autoinjertos de piel.

S2.5

Nuevas perspectivas en la terapia antifúngica

Prof. Quindós G

Universidad del País Vasco EHU. Leioa. España

El tratamiento de las candidosis y otras micosis orales está basado en la solución de sus factores predisponentes y en la eliminación de la infección mediante el empleo de fármacos antifúngicos apropiados. La corrección de los factores sistémicos (control de la diabetes, la ferropenia o de cualquier enfermedad o agente inmunosupresor) y locales (colocación de una prótesis correcta o disminución

de la xerostomía) son fundamentales [1,2]. En el campo de la terapia antifúngica estamos viviendo un momento clave con el desarrollo y comercialización de nuevos fármacos antifúngicos que además de ampliar el arsenal terapéutico disponible van a permitir afrontar con más eficacia el tratamiento de aquellas micosis más severas o que responden peor al tratamiento actual. En esta presentación vamos a

realizar un breve repaso de los antifúngicos disponibles, de sus presentaciones farmacológicas más útiles para el tratamiento de las micosis orales y una pequeña reseña de los antifúngicos que se comercializarán en breve y de los que se estudian con grandes esperanzas [3,4].

De los antifúngicos clásicos, la nistatina y el miconazol son productos muy útiles en el tratamiento inicial de las candidosis orales [3]. Las formulaciones en suspensión oral y tableta vaginal de nistatina o de miconazol en gel oral son muy eficaces para la resolución de la mayoría de los episodios agudos de candidosis oral. La comodidad de la presentación en gel de miconazol y una ligera mayor eficacia de este antifúngico en el tratamiento de las micosis en lactantes pueden pesar a su favor a la hora de elegir el tratamiento [5].

El ketoconazol (oral) y los triazoles (fluconazol e itraconazol, por vía oral o intravenosa) son más eficaces en el tratamiento de las candidosis recidivantes o refractarias a otros tratamientos (como en pacientes infectados por el VIH) [6-9]. El fluconazol permite una mayor flexibilidad terapéutica (mejor posología y menor toxicidad) que ketoconazol e itraconazol, aunque la comercialización en breve de una suspensión oral de itraconazol en ciclodextrina va a suponer una alternativa muy interesante por su doble acción, tópica y sistémica y por una absorción más elevada y regular de este compuesto.

En caso de fracaso terapéutico con los fármacos anteriores o para el tratamiento de las micosis invasoras, el antifúngico de elección es la anfotericina B intravenosa (convencional o en diferentes formulaciones lipídicas-liposómicas) [3,4,10] que puede sustituirse después de la remisión de la fase aguda por un tratamiento oral (o intravenoso) con fluconazol o itraconazol. Una alternativa en fase de estudio clínico es la nistatina liposómica [10-12]. La elección de una

u otra presentación de antifúngicos poliénicos debe ser sopesada intensamente, valorando la eficacia, toxicidad y coste de cada compuesto. Las esperanzas de alternativas menos tóxicas y tan eficaces o más sobre algunas especies fúngicas problemáticas (*Aspergillus* y otros hongos filamentosos) están depositadas en dos fármacos que se comercializan este año, voriconazol y caspofungina [10,13,14] y en otros en fase de estudio clínico, anidulafungina, posaconazol y ravuconazol [13,14].

Pueden consultarse diferentes artículos de revisión sobre las pautas más adecuadas en cada caso concreto [1-6]. La mayoría de los antifúngicos disponibles (Tabla) actúan sobre la membrana citoplásmica fúngica, pero existen otros (menos empleados) que actúan en el citoplasma, el núcleo o la pared celular. La anfotericina B y la nistatina actúan uniéndose al ergosterol presente en la membrana celular de los hongos produciendo una alteración de la permeabilidad. La anfotericina B es utilizado en el tratamiento de las micosis más severas y en las células humanas puede unirse al colesterol, produciendo una alta toxicidad en tratamientos prolongados. Esta toxicidad puede reducirse con las nuevas presentaciones de este antifúngico integrado en liposomas o asociado a lípidos [3,4].

Los azoles (imidazoles y triazoles) son una amplia familia de antifúngicos que impiden la síntesis del ergosterol inhibiendo la acción de las enzimas dependientes del citocromo P450 [3,4]. Existen azoles de uso tópico como miconazol, econazol, flutrimazol, bifonazol, clotrimazol, tioconazol y sertaconazol, y de uso sistémico, como el ketoconazol, fluconazol, itraconazol, voriconazol, posaconazol y ravuconazol. Los primeros son útiles en el tratamiento de las micosis superficiales cutáneas y mucosas, lamentablemente el único fármaco que puede emplearse para el tratamiento tópico oral (no absorbible o de forma escasa)

TABLA.

Fármacos antifúngicos clásicos, nuevos y en desarrollo útiles en el tratamiento de las micosis orales e invasoras.

ANTIFUNGICO	PRESENTACION (T, O, IV)	ACTIVIDAD
Polienos		
Anfotericina B	T (Fungianiline) e IV (Fungizone, Bristol-Myers Squibb)	Amplio espectro (Fungicida)
Nistatina	IV (Abelcet, Esteve; AmBisome, Gilead) T (Mycostatin, Bristol-Myers Squibb) O (Nyotran, Aronex)*	Amplio espectro (Fungicida)
Azoles		
Miconazol	T (Daktarin, Esteve; Fungisidin, Isdin) e IV	Amplio espectro (Fungistático)
Ketoconazol	T y O (Ketoisdin, Isdin; Fungarest, Janssen-Cilag)	Amplio espectro (Fungistático)
Fluconazol	O e IV (Diflucan, Pfizer)	Amplio espectro (Fungistático)
Itraconazol	O e IV (Canadiol, Esteve; Sporanox, Janssen-Cilag)	Amplio espectro (Fungistático)
Voriconazol	O e IV (Vfend, Pfizer)	Amplio espectro (Fungistático / Fungicida)
Posaconazol*	IV (Posaconazol, Schering Plough)	Amplio espectro (Fungistático / Fungicida)
Ravuconazol*	IV (Posaconazol, Bristol-Myers Squibb)	Amplio espectro (Fungistático / Fungicida)
UR9825*	IV (Sin nombre, Uriach-Biohorn)	Amplio espectro (Fungistático / Fungicida)
Análogos de nucleósidos		
5-Fluorocitosina	O e IV (Ancotil, ICN Pharma)	<i>Candida</i> y otras levaduras (Fungistático)
Candinas		
Caspofungina	IV (Caspofungina, Merck Sharp & Dohme)	Amplio espectro (Fungicida)
Anidulafungina*	IV (Anidulafungina, Versicor)	Amplio espectro (Fungicida)

* En desarrollo, T = uso tópico (incluye presentaciones orales no absorbibles), O = uso oral, IV = uso intravenoso.

es el miconazol, que está comercializado en forma de gel. El resto de las formulaciones tópicas de imidazoles está orientado al tratamiento de las micosis cutáneas o vaginales.

La 5-fluorocitosina interfiere con la síntesis de ácido nucleicos, ARN y ADN, y de proteínas. Suele utilizarse por vía oral o parenteral en combinación con la anfotericina B en el tratamiento de micosis invasoras graves. No está comercializada en España y su empleo en monoterapia induce rápidamente la aparición de resistencias, por lo que no es aconsejable su uso [4].

Los antifúngicos que actúan sobre la pared fúngica inhiben a diferentes enzimas que participan en la síntesis de macromoléculas de su estructura. Las candidas (equinocandinas y neumocandinas: caspofungina y anidulafungina) son inhibidores de la síntesis de glucano, mientras que las nikomicinas inhiben la síntesis de quitina. La caspofungina es un prometedor antifúngico de amplio espectro que puede emplearse por vía intravenosa para el tratamiento de micosis graves, exceptuando la criptococosis (es poco activa sobre *Cryptococcus neoformans*) [4,14].

Un problema que ha aparecido con el aumento de las micosis es el de los fracasos terapéuticos [4,8] que pueden ser debidos a múltiples causas: 1) desarrollo de resistencia al antifúngico (resistencia microbiológica adquirida), 2) selección de poblaciones fúngicas poco sensibles por el antifúngico empleado (resistencia microbiológica primaria o innata), 3) infección por un nuevo aislamiento de la misma o de distinta especie fúngica resistente al antifúngico empleado (reinfección), 4) incumplimiento del tratamiento por parte del paciente, 5) concentraciones inadecuadas del antifúngico por interacción con otros fármacos o malabsorción y 6) una combinación de varios de estos factores.

El aumento del uso de los antifúngicos ha propiciado la aparición de resistencias. Afortunadamente, este problema no ha alcanzado la magnitud observada con los antibióticos antibacterianos y se observa fundamentalmente con el uso de la 5-fluorocitosina y de algunos azoles, como el fluconazol. Sin embargo, existen hongos que son intrínsecamente resistentes a algunos antifúngicos, lo que hace muy difícil su tratamiento, especialmente en pacientes con inmunodeficiencias. Los hongos con resistencia primaria (o intrínseca) a un antifúngico la presentan antes de ponerse en contacto con el antifúngico, es el caso de *Candida krusei* con el fluconazol. La resistencia secundaria (extrínseca o adquirida) se adquiere tras un contacto, generalmente prolongado, con el antifúngico. Estas resistencias se han observado en *Candida albicans* aislada de pacientes con sida y candidiasis orofaríngea tratados con imidazoles (sobre todo fluconazol) [7-9,15]. Además, algunos

hongos pueden desarrollar resistencias con relativa facilidad, adaptándose a concentraciones crecientes de un antifúngico. Este es el caso de *Candida dubliniensis*, una especie que produce infecciones fundamentalmente en la cavidad oral de pacientes con infección por el VIH, y que presenta una capacidad mayor que la de *C. albicans* para adquirir resistencias a algunos antifúngicos [16].

En *C. albicans* la presencia de resistencias es más baja que en especies como *C. krusei* o *Candida glabrata* (intrínsecamente menos sensibles al fluconazol). Se han propuesto varios mecanismos de resistencia: 1) permeabilidad reducida de la membrana celular al antifúngico (más probable para el fluconazol que para un compuesto altamente lipófilo como el itraconazol), 2) desvíos posibles en la ruta de síntesis del ergosterol, 3) la producción excesiva de enzimas dependientes del citocromo P450, 4) la mutación de la diana enzimática (14 α -demetilasa) con disminución de la afinidad de unión del antifúngico ó 5) la existencia de una bomba de flujo que elimina el antifúngico que entra en la célula fúngica.

Otro avance importante es la estandarización y comercialización de métodos para el estudio de la sensibilidad de los hongos a los antifúngicos en el laboratorio (in vitro) [7-9,11-16]. Esta información puede ser de gran utilidad en el caso de fracasos terapéuticos que puedan estar asociados a la aparición de resistencias o de infecciones causadas por hongos con reducida sensibilidad o resistencia a alguno o varios de los antifúngicos disponibles. Los métodos que actualmente existen para el estudio de la sensibilidad in vitro de los aislamientos fúngicos incluyen la difusión en agar y la microdilución. En el primer caso, el antifúngico difunde en un medio semi-sólido sobre el que crece el hongo, produciendo un halo de inhibición proporcional a la sensibilidad del hongo al antifúngico. En el segundo caso, se ensayan diluciones decrecientes del antifúngico para calcular la concentración mínima fungicida (CMF) o inhibitoria del crecimiento fúngico (CMI).

Referencias bibliográficas

1. Quindós G, Ribacoba L, Contreras I, Aguirre JM. Tratamiento de las candidiasis orofaríngeas. Rev Iberoam Micol 1996; 13 (Supl 1): S11-S15
2. Quindós G. Terapéutica anticandidiásica. Gac Med Bilbao 1992; 89: 186-8.
3. Mensa Pueyo J, Gatell Artigas JM, Jiménez de Anta Losada MT, et al. (Eds.) Guía de terapéutica antimicrobiana. 10ª Ed. Barcelona, Masson, 2000.
4. Polak A. Antifungal therapy: An everlasting battle. Eurocommunica, Barnham, UK, 1999.
5. Contreras I, San Millán R, Pontón J, Quindós G. Eficacia del tratamiento de la candidiasis oral del lactante con antifúngicos no absorbibles. XI Congreso de la Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria de la A.E.P., San Sebastián, 1997.
6. Wray D, Bagg J. Candidiasis oral. Science Press, Londres, 1998.

7. Ceballos Salobreña A, Gaitán Cepeda LA, Orihuela Cañada F, Barrionuevo Olea D, Ceballos García L, Quindós G. Resistencia in vitro a los antifúngicos en *Candida albicans* de pacientes infectados por el VIH con y sin candidosis oral. Rev Iberoam Micol 1999; 16: 194-7.
8. Ribacoba L, Aguirre JM, Quindós G, et al. Perfil de resistencias a antifúngicos en la candidiasis oral asociada a la infección por el VIH. Arch Odontoestomatol 1999; 15: 454-64.
9. Bernal S, Gutiérrez MJ, Serrano MC, et al. Sensibilidad a fluconazol e itraconazol en aislamientos de *Candida* spp. procedentes de pacientes VIH positivos y VIH negativos. Rev Esp Quimioter 2000; 13: 60-3.
10. Carrillo-Muñoz AJ, Brió S, Quindós G. Una nueva generación de fármacos antifúngicos. Rev Iberoam Micol 2001; 18: 2-5.
11. Carrillo-Muñoz AJ, Quindós G, Tur C, et al. In-vitro antifungal activity of liposomal nystatin in comparison with nystatin, amphotericin B cholesteryl sulphate, liposomal amphotericin B, amphotericin B lipid complex, amphotericin B desoxycholate, fluconazole and itraconazole. J Antimicrob Chemother 1999; 44: 397-401.
12. Quindós G, Carrillo-Muñoz AJ, Ruesga MT, et al. In vitro activity of a new liposomal nystatin formulation against opportunistic fungal pathogens. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2000; 19: 645-8.
13. Chávez M, Bernal S, Valverde A, Gutiérrez MJ, Quindós G, Martín Mazuelos E. In-vitro activity of voriconazole (UK-109,496), LY-303366 and other antifungal agents against oral *Candida* spp. isolates from HIV-infected patients. J Antimicrob Chemother 1999; 44: 697-700.
14. Ruesga MT, Quindós G, López-Ribot JL. Azole and echinocandin antifungal agents against *Candida* species. Rev Iberoam Micol 2000; 17: S160.
15. Quindós G, Abarca L, Carrillo-Muñoz AJ, et al. Multicenter survey of the in vitro antifungal resistance in yeasts of medical importance isolated from Spanish patients. Rev Iberoam Micol 1999; 16: 97-100.
16. Quindós G, Carrillo-Muñoz AJ, Arévalo MP, et al. In vitro susceptibility of *Candida dubliniensis* to current and new antifungal agents. Chemotherapy 2000; 46: 395-401.

SIMPOSIO 3. S3

CONTROVERSIAS EN DOLOR OROFACIAL

S3.1

La disestesia mentoniana como señal en patología oral

Prof. Alfaro A

*Servicio de Neurología.
Hospital Universitario La Fe. Valencia. España*

La disestesia o anestesia espontánea en el territorio inervado por el nervio mentoniano es un síntoma poco frecuente cuya importancia radica en que puede ser la primera manifestación de una enfermedad maligna (1). Puesto que la neuropatía del nervio mentoniano (NNM) puede reconocer también un origen no neoplásico, el diagnóstico de este síndrome resulta en ocasiones complicado. El objetivo de esta ponencia es revisar nuestra experiencia y analizar la literatura sobre NNM, con el fin de extraer algunas conclusiones respecto al manejo del paciente con disestesia mentoniana.

Aspectos históricos

Aunque generalmente se atribuye a Calverley y Mohnac (2) el mérito de haber llamado la atención en 1963 sobre la importancia de la NNM en relación con metástasis de la mandíbula, ya existían antecedentes en la literatura francesa, donde se conoce a esta asociación con el nombre de *signo de Roger* (3). De mayor relevancia histórica es el hecho poco conocido de que Sir Charles Bell, en 1830, describiese dos casos de NNM, uno de ellos de origen traumático por avulsión dentaria y el otro por metástasis mandibular de un carcinoma de mama (4).

Disestesia mentoniana como manifestación del cáncer sistémico

En 1992 Peñarrocha et al. (5) realizaron un meta-análisis de 81 casos de NNM maligna pertenecientes a 11 series de 3 o más casos publicados hasta ese momento (2,3,6-14). Las causas más importantes fueron el cáncer de mama y el linfoma no hodgkiniano. La localización más frecuente del proceso neoplásico fue en la mandíbula inferior y en mucha menor proporción la base del cráneo, las meninges basales o el SNC. En casi la mitad de los pacientes no pudo descubrirse el lugar exacto de la infiltración neoplásica. El 78% de los pacientes tenían un cáncer conocido con anterioridad al diagnóstico de NNM, que tan solo en el 22% fue la primera manifestación de la enfermedad

maligna. La supervivencia media fue de 6 meses desde el momento de aparecer la NNM.

Poco después de publicarse la mencionada revisión, apareció la importante serie de Lossos y Siegal (15), con 42 pacientes consecutivos de cancer afectos de NNM. La evaluación mediante TC de base de cráneo y mandíbula, combinada con el análisis del LCR, consiguió llegar al diagnóstico en el 89% de los casos. Es probable que el empleo sistemático de la RM hubiese podido demostrar infiltración neoplásica perineural en algunos de los restantes pacientes.

Entre las neoplasias de estirpe linfomatosa que pueden ser causa de NNM está el linfoma de Burkitt, que puede ser la primera manifestación de infección por VIH (16).

Como prueba del interés que sigue suscitando este problema está la reciente serie de 5 casos, todos ellos carcinomas sólidos, publicada recientemente en una revista oncológica (17).

Neuropatías sensitivas no tumorales del nervio trigémino

La hipoestesia facial aislada constituye un difícil problema de diagnóstico diferencial, ya que no siempre es el resultado de un tumor metastático (18-20). Diversos procesos neurológicos como la esclerosis múltiple, los trastornos circulatorios vertebrobasilares, la neurolúes y la neurosarcoïdosis pueden originar déficit sensitivo de carácter segmentario en la cara. La NNM ha sido observada también en algunos pacientes con anemia drepanocítica (1, 21).

La neuropatía sensitiva trigeminal benigna o idiopática es un trastorno infrecuente de causa desconocida y curso autolimitado, que muestra una predilección por las ramas inferiores, a veces la tercera aislada (22, 23). En ocasiones aparece de forma recurrente, incluso estacional (24).

Con mayor frecuencia la neuropatía sensitiva trigeminal aparece asociada a diversas enfermedades del tejido conjuntivo, en especial la conectivopatía mixta, en la que puede ser bilateral y constituir la primera manifestación clínica del proceso (25).

Aparte de los mecanismos de autoinmunidad todavía mal conocidos, se ha considerado que tanto en la forma idiopática

tica como sintomática de neuropatía sensitiva del trigémino pueden estar implicados ciertos virus, sobre todo de la familia herpesvirus, tales como el virus del herpes simple (26, 27).

Conclusiones

La NNM puede aparecer en el curso de un proceso sistémico ya conocido, generalmente una neoplasia de estirpe carcinomatosa o hematológica, en cuyo caso debe alertar sobre la posibilidad de un curso rápidamente fatal y la necesidad de instaurar sin dilación el tratamiento quimio y radioterápico apropiado.

Cuando la NNM constituya la primera manifestación clínica de enfermedad, debe considerarse como señal de posible malignidad y el diagnóstico será de exclusión, tendente ante todo a descartar la presencia de una neoplasia oculta.

La realización de radiografías de mandíbula, rastreo isotópico, TC y RM permitirán la mayor parte de las veces localizar y confirmar la extensión del proceso.

Referencias Bibliográficas

- Alfaro A. Disestesia mentoniana. *Med Clén (Barc)* 1984; 83: 674-676.
- Calverley JR, Mohnac A. Syndrome of the numb chin. *Arch Intern Med* 1963; 112: 819-21.
- Rozman C, Erill S. Disestesia mentoniana, valioso dato diagnóstico de neoplasias óseas difusas. *Med Clén (Barc)* 1965; 44: 248-52.
- Furukawa T. Charles Bell's description of numb chin syndrome. *Neurology* 1988; 38: 331.
- Peñarrocha Diago M, Bagan Sebastian JV, Alfaro Giner A, Martínez Sanjuan V, Montalar Salcedo J. Malignant mental nerve neuropathy. Case report and meta-analysis. *Rev Neurol (Barc)* 1992; 20: 31-5.
- Nobler MP. Mental nerve palsy in malignant lymphoma. *Cancer* 1969; 24: 122-7.
- Rubinstein MK. Cranial mononeuropathy as the first sign of intracranial metastases. *Ann Intern Med* 1969; 70: 49-54.
- Horton J, Means ED, Cunningham TJ, Olson KB. The numb chin in breast cancer. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1973; 36: 211-6.
- Massey EW, Moore J, Schold SC. Mental neuropathy from systemic cancer. *Neurology* 1981; 31: 1277-81.
- Gastaud JL, Michel B. La neuropathie mentonnière. *Press Med* 1984; 13: 1071-4.
- Barret AP. Selective anesthetics of the inferior alveolar nerve in leukemia and lymphoma. *J Oral Maxillofac Surg* 1985; 43: 992-4.
- Pascual JM, Villoslada C, Michavila J, Belda A, Redón J. Neuropatía mentoniana aislada y cáncer sistémico. *Rev Clin Esp* 1986; 179: 184-6.
- Vadell C, Tusquets I, Roquer J, et al. Neuropatía mentoniana asociada a neoplasia. Presentación de cinco casos y revisión de la literatura. *Arch Neurol* 1989; 52: 17-22.
- Peñarrocha Diago M, Bagan Sebastian JV, Alfaro Giner A, Escrig Orenga V. Mental nerve neuropathy in systemic cancer. Report of three cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990; 69: 48-51.
- Lossos A, Siegal T. Numb chin syndrome in cancer patients: etiology, response to treatment, and prognostic significance. *Neurology* 1992; 42: 1181-4.
- Benito-León J, Simón R, Miera C. Numb chin syndrome as the initial manifestation of HIV infection. *Neurology* 1998; 50: 511-2.
- Laurencet FM, Anchisi S, Tullen E, Dietrich PY. Mental neuropathy: report of five cases and review of the literature. *Crit Rev Oncol Hematol* 2000; 34: 71-9.
- Horowitz SH. Isolated facial numbness. Clinical significance and relation to trigeminal neuropathy. *Ann Intern Med* 1974; 80: 49-53.
- Thrush DC, Small M. How benign a symptom is facial numbness? *Lancet* 1970; 2: 851-4.
- Seward MHE. Anesthesia of the lower lip: a problem in differential diagnosis. *Br Dent J* 1962; 113: 423-6.
- Selby G. Diseases of the fifth cranial nerve. En : Dyck PJ, Thomas PK, Lambert EH, Bunge R, ed. *Peripheral neuropathy*. Filadelfia, WB Saunders 1984; 1224-5.
- Blau JN, Harris M, Kennett S. Trigeminal sensory neuropathy. *N Eng J Med* 1969; 281: 873-6.
- Peñarrocha M, Alfaro A, Bagan JV, Lopez-Trigo J. Idiopathic trigeminal sensory neuropathy. *J Oral Maxillofac Surg* 1992; 50: 472-6.
- Peñarrocha M, Alfaro A, Bagan JV. Recurrent idiopathic trigeminal sensory neuropathy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 75: 712-5.
- Alfaro-Giner A, Peñarrocha-Diago M, Bagan-Sebastian JV. Orofacial manifestations of mixed connective tissue disease with an uncommon serological evolution. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 73: 441-4.
- Fisher CM. Trigeminal sensory neuropathy. *Arch Neurol* 1983; 40: 591-2.
- Yura Y, Kusaka J, Yamakawa R, Bando T, Yoshida H, Sato M. Mental nerve neuropathy as a result of primary herpes simplex virus infection in the oral cavity. A case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000; 90: 306-9.

S3.2

Neuralgia del trigémino y osteopatía alveolar cavitaria

Prof. Peñarrocha M

Universidad de Valencia. Valencia. España

Se ha sugerido que la irritación de las terminaciones nerviosas del trigémino, por enfermedades crónicas orales podría inducir la aparición de neuralgias trigeminales, tanto de características típicas como atípicas (1-3). Entre los elementos que hablan a favor de una etiología periférica se ha propuesto la existencia de la llamada “osteopatía alveolar cavi-

taria”, una enfermedad oral descrita hace años, como de origen infeccioso, caracterizada por la presencia de lesiones cavitarias, osteopáticas, alveolares, de tamaño significativo, no detectables radiológicamente y por lo general secundarias a la persistencia tras exodoncias de procesos infecciosos crónicos en el hueso alveolar de los maxilares

(1,2). Esta osteopatía alveolar cavitaria, ha sido implicada, como causa frecuente, en la génesis de la neuralgia idiopática del trigémino y del dolor facial atípico. La etiopatogenia inicialmente propuesta es que se perpetuarían infecciones crónicas secundarias a las exodoncias y, como consecuencia de la formación de neurotoxinas, se produciría la irritación crónica de las terminaciones nerviosas del trigémino, dando lugar a la aparición del dolor neurógeno (3).

En la exploración clínica se describen extensas zonas edéntulas en el área del dolor; asimismo, los pacientes suelen tener dolor a la palpación sobre las zonas óseas anormales y pueden existir alteraciones de partes blandas orales (4). El bloqueo anestésico de la rama del territorio afecto suele eliminar el dolor, mientras dura el efecto de la solución anestésica (5). Para descartar alteraciones maxilares se realizará un estudio radiográfico simple mandibular, mediante radiografía periapical, panorámica extraoral y laterales mandibulares, que nos permitirán descartar alteraciones de los maxilares o sospechar una posible osteopatía alveolar cavitaria, valorando las mínimas alteraciones óseas. La TC de los maxilares puede objetivar, por la gran resolución de imagen, pequeñas zonas osteolíticas en el hueso alveolar, aunque no afecten a la cortical ósea. El tratamiento de esta lesión será la biopsia-extirpación. Las lesiones deben ser cuidadosamente desbridadas y cureteadas para que se produzca un mecanismo de cicatrización en el área (4,5).

En 1992, se establece el concepto de osteopatía alveolar cavitaria, como un síndrome de dolor facial neurálgico causado por la necrosis del hueso alveolar (6). Los hallazgos histopatológicos son descritos como patognomónicos, osteonecrosis con o sin los signos clásicos de osteomielitis. Asocian el proceso con alteraciones isquémicas en la médula ósea que interrumpen el flujo sanguíneo ocasionando la formación de cavidades. Cambian la teoría exclusivamente infecciosa inicial y describen las lesiones como fibrosis medular, número limitados de neutrófilos e histiocitos, y necrosis grasa; las colonias bacterianas se presentaron solamente en el 7% de las muestras y hubo evidencia de nervios periféricos en el 15% de los casos.

Tras desarrollar procedimientos diagnósticos para definir las posibles zonas orales afectadas y métodos de tratamiento para inducir el crecimiento óseo en el interior de las lesiones cavitarias, varios autores describieron una parcial o total desaparición de la sintomatología dolorosa que llegaba al 75-85% de los casos de neuralgias faciales tratados, ya sean neuralgias faciales esenciales con caracteres típicos o atípicos (5-7). La contribución que deben realizar los odontólogos y estomatólogos en las neuralgias “esenciales” del trigémino será descartar las enfermedades orales crónicas que puedan producir una irritación mantenida de las terminaciones nerviosas del trigémino y contribuir a la producción de la neuralgia trigeminal idiopática clásica y de las neuralgias faciales atípicas.

Bouquot y cols. (7), en 1995, refirieron que la histopatología de osteopatía alveolar cavitaria es idéntica a la de los

tejidos obtenidos de la osteonecrosis avascular de la cabeza del fémur, supone una pérdida masiva de osteocitos sin pus y se asocia con desórdenes vasculares producidos por varios factores de riesgo que producen trombosis. Estudiaron la evolución a largo plazo de 190 pacientes con neuralgias trigeminales o algias faciales atípicas, que fueron sometidos a curetajes de las osteopatías alveolares, y encontraron mejorías mantenidas en 2/3 del total. Nosotros (8), de 96 casos de NT, intervenimos con cirugía oral 45 casos en los que se sospechó la existencia de alteraciones óseas de los maxilares. A los 12 meses, el 70% de los pacientes intervenidos estaba sin dolor, frente al 30% de los no intervenidos; sin embargo, a los tres años se igualó la evolución de ambos grupos.

Donlon (9), en la discusión de un artículo de Bouquot y cols. (7), plantea que durante estos últimos 20 años, además de resultados anecdóticos no hay otros datos que soporten la teoría de la osteopatía alveolar cavitaria, más que los referidos en los artículos que originaron esta hipótesis. Eran los mismos pacientes descritos por Ratner y cols. (1) y algunos habían sido tratados hacía 22 años, y no fueron protocolizados del mismo modo que los controlados más recientemente. Para Sciubba (10) son necesarias nuevas aportaciones rigurosas en el tema, para ayudar a solucionar controversias. Recientemente, en el año 1999, Fredeman y cols. (11) opinan que: “hasta la fecha la osteonecrosis de los maxilares no se ha confirmado como una entidad propia, desde el punto de vista clínico, radiográfico o histológico”.

Podrían argumentarse tres principales explicaciones para la patogénesis de las neuralgias trigeminales: la teoría infecciosa de la osteopatía alveolar cavitaria, el daño nervioso traumático y la teoría isquémica. La teoría infecciosa no ha sido claramente demostrada, y la presencia de cavidades osteopáticas en la neuralgia trigeminal es un fenómeno añadido que ha atraído una considerable atención, un hecho que ha podido contribuir a enmascarar la real naturaleza del problema. El daño periférico de los nervios puede alterar la neurofisiología de los mismos, tal vez a través de la producción de algún tipo de desmielinización (como se ha sugerido por la frecuencia de presentación de neuralgias trigeminales en la esclerosis múltiple), o cambios en los núcleos trigeminales del troncoencéfalo (como sugirieron Gobel y Bink en un modelo experimental en gatos -12-). Otra teoría considera que la explicación para el dolor en la osteopatía alveolar cavitaria pudiera ser ocasionado por los cambios en la dinámica del fluido intraóseo debido a la isquemia y a los mediadores de la inflamación, más que a daños de los nervios. Esos nervios y sus vasos internos estarían afectados por los aumentos de presión y las trombosis isquémicas constituyendo una forma de neuropatía necrotizante angiopática similar a la descrita en el pie urente producido en diabéticos, como consecuencia de la enfermedad vascular periférica (6). En un estudio de Bouquot y cols. (13), de 1999, en 38 pacientes con osteonecrosis isquémica y dolor facial, los principales hallazgos

histológicos fueron necrosis grasa, ausencia de osteocitos en las lagunas óseas y fibrosis medular.

De acuerdo con los recientes estudios de coagulación que describen las alteraciones isquémicas en la médula ósea alveolar como causante de la cavitación; tras una exodoncia, se ha propuesto que la osteonecrosis ósea maxilar podría ser el resultado de una trombosis con o sin hipofibrinólisis, que produciría la obstrucción de los espacios vasculares, comprometiendo el flujo sanguíneo de la región. En esta situación, se vería disminuida la presión intramedular, produciendo hipoxia y muerte celular. Las toxinas, las inmunoglobulinas y los mediadores inflamatorios liberados en las regiones necróticas o isquémicas, estimularían las terminaciones nerviosas que atraviesan estas zonas, produciendo el dolor neurógeno (14). Estas alteraciones se ha sugerido sean consecuencia de la transversión de una mutación genética, que predispone a los pacientes a la trombofilia y la hipofibrinólisis, por lo que el tratamiento de la osteopatía alveolar cavitaria debería incluir warfarina y estanozol. En 1998, Glueck y cols. (15) examinaron los efectos de la warfarina en 10 pacientes con osteopatía alveolar cavitaria y trombofilia y del estanozol en 20 pacientes con osteopatía e hipofibrinólisis, en ninguno de ellos la ausencia de dolor fue total; sin embargo, en el 60% de los pacientes el dolor disminuyó un 40%, y en el 40% restantes, el dolor no mejoró o incluso aumentó. Los pacientes de ambos grupos tuvieron que parar el tratamiento por los efectos secundarios de la medicación (sangrado nasal, pérdida de peso,...). El inconveniente de este estudio fue la falta de randomización y de grupo control-placebo.

En recientes revisiones, según Bouquot y McMahon (16) la osteopatía alveolar cavitaria en el futuro será como cualquier otra enfermedad oral, y que debemos prestar atención a los peligrosos potenciales efectos protombóticos en nuestros pacientes, aprender más sobre técnicas de imagen, e interesarse por los efectos sistémicos y locales de las infecciones alveolares locales y los procesos necróticos. Zuniga (17) tras revisar los trabajos de la literatura

sobre la osteopatía alveolar cavitaria, reconoce que no hay unos criterios uniformes de diagnóstico y tratamiento, y opina que se deben establecer unos conceptos actuales y originales.

Referencias Bibliográficas

1. Ratner EJ, Langer B, Evins ML. Osteopatía alveolar cavitaria. Arch Odonto-Estomatol 1987; 3: 103-13.
2. Ratner EJ, Person P, Kleinman DJ, Shlar G, Socransky SS. Jawbone cavities and trigeminal and atypical facial neuralgias. Oral Surg 1979; 48: 3-20.
3. Roberts AM, Person P. Etiology and treatment of idiopathic trigeminal and atypical facial neuralgias. Oral Surg 1979; 48: 298-307.
4. Shaber EP, Krol AJ. Trigeminal neuralgia. A new treatment concept. Oral Surg 1980; 49: 286-93.
5. Roberts AM, Person P. Further observations on dental parameters of trigeminal and atypical facial neuralgias. Oral Surg 1984; 58: 121-9.
6. Bouquot JE, Roberts AM, Person P, Christian J. Neuralgia-inducing cavitation osteonecrosis (NICO). Osteomyelitis in 224 jawbone samples from patients with facial neuralgia. Oral Surg 1992; 73: 37-19.
7. Bouquot JE, Christian J. Long-term effects of jawbone curettage on the pain of facial neuralgia. J Oral Maxillofac Surg 1995; 53: 387-97.
8. Peñarocha M, Peñarocha MA, Bagán JV. Cirugía oral y osteomielitis maxilares crónicas en pacientes con neuralgias trigeminales "idiopáticas". Seguimiento clínico de 1 año. Av Odontoestomatol 1994; 10: 587-97.
9. Donlon WC. Long-term effects of jawbone curettage on the pain of facial neuralgia (Discussions). J Oral Maxillofac Surg 1995; 53: 397-8.
10. Sciubba JJ. Long-term effects of jawbone curettage on the pain of facial neuralgia (Discussions). J Oral Maxillofac Surg 1995; 53: 398-9.
11. Freedman PD, Reich RF, Steinlauf AF. Neuralgia-inducing cavitation osteonecrosis. Oral Surg 1999; 86: 3-4.
12. Gobel S, Binck JM. Degenerative changes in primary axons and in neurons in nucleus caudalis following tooth pulp extirpation in the cat. Brain Res 1977; 132: 347-54.
13. Bouquot RJ, LaMarche MG. Ischemic osteonecrosis under fixed partial denture pontics. Radiographic and microscopic features in 38 patients with chronic pain. J Prosthet Dent 1999; 81: 148-52.
14. Glueck CJ, McMahon RE, Bouquot JE, y cols. Thrombophilia, hypofibrinolysis and osteonecrosis of the jaws. Oral Surg 1996; 81: 557.
15. Glueck CJ, McMahon RE, Bouquot JE, Tracy T, et al. Preliminary pilot study of the treatment of thrombophilia and hypofibrinolysis and the amelioration of the pain of osteonecrosis of the jaws. Oral Surg 1998; 85: 64.
16. Bouquot JE, McMahon RE. Neuropathic pain in maxillofacial osteonecrosis. J Oral Maxillofac Surg 2000; 58: 1003-20.
17. Zuniga JR. Challenging the neuralgia-inducing cavitation osteonecrosis concept. J Oral Maxillofac Surg 2000; 58: 1021-8.

S3.3

Presente y futuro de la terapia analgésica en el dolor orofacial

Prof. Morcillo E

Universidad de Valencia. Valencia. España.

El dolor es un problema frecuente en el ámbito del ejercicio profesional de la odontología. Resulta importante, pero excede los límites de esta presentación, diferenciar entre los distintos tipos de dolor orofacial, a los que corresponderán asimismo distintos enfoques terapéuticos (1). No se

debe perder nunca la perspectiva de la importancia del tratamiento etiológico, y por tanto, la analgesia farmacológica representa un abordaje sintomático al que puede recurrirse cuando sea necesario. También debe recordarse la existencia de analgesias no farmacológicas.

Al igual que no se pretende explicitar los tratamientos farmacológicos específicos de los distintos procesos productores de dolor orofacial, tampoco puede realizarse un estudio detallado de los distintos tipos de analgésicos, ni de los factores y criterios que deben seguirse en la selección clínica de los analgésicos. Todos estos aspectos se encuentran accesibles en diversas publicaciones (1, 2). Se pretende realizar aquí una sucinta mención de la situación presente del uso de analgésicos (no se incluyen los anestésicos locales, ni tampoco los fármacos coadyuvantes –como los antidepresivos, o los relajantes musculares–, o específicamente activos, v.g. carbamacepina), y de algunas perspectivas de futuro en analgesia farmacológica.

Analgésicos opioides y no opioides

El analgésico más habitual en el paciente ambulatorio odontológico es del tipo no-opioide, en concreto los denominados antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), cuyo espectro limitado de actividad analgesica incluye claramente el dolor dental y orofacial, que tiene una base inflamatoria bien definida en la mayoría de las ocasiones. Si consultamos un listado de los fármacos más vendidos en el mercado español en millones de unidades, veremos el claro predominio de AINEs como paracetamol, ácido acetilsalicílico, y metamizol. Este grupo farmacológico está compuesto de una amplia variedad de productos. Aconsejamos al profesional la utilización y consulta del Catálogo de Especialidades Farmacéuticas actualizado anualmente por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Siguiendo las recomendaciones genéricas de la OMS, en el tratamiento del dolor agudo odontológico de intensidad leve a moderada serían utilizables AINEs disponibles como especialidades farmacéuticas publicitarias (ácido acetilsalicílico, paracetamol, ibuprofeno), o bien accesibles mediante prescripción (metamizol, naproxeno, ácido mefenámico, ketorolaco, ketoprofeno, y diclofenaco, entre otros). Es difícil establecer una preferencia de alguno de estos fármacos sobre otros ya que todos han demostrado una actividad analgésica similar a las dosis habituales, aunque con algunas diferencias. Las características del paciente pueden priorizar a determinados AINEs, v.g. paracetamol en pacientes con úlcus gastroduodenal. Es conveniente adquirir experiencia clínica con alguno(s) de estos fármacos y comprobar siempre que el dolor a tratar está comprendido explícita o implícitamente en las indicaciones legalmente establecidas o condiciones de uso autorizadas. Las combinaciones de AINEs (v.g. ácido acetilsalicílico mas paracetamol) no aumentan el ‘techo’ analgésico de esta clase farmacológica.

En el dolor moderado a intenso resulta necesario superar el ‘techo’ analgésico de los AINEs mediante la adición de un analgésico opiáceo (es clásica la combinación ácido acetilsalicílico o paracetamol con codeína, pero existen otras también válidas). En el dolor intenso, la analgesia efectiva sólo puede lograrse mediante la utilización siste-

mica de opiáceos como morfina, metadona, petidina o buprenorfina, aunque esta es afortunadamente una situación infrecuente en la práctica odontológica. Se encuentra poco desarrollado la utilización local de morfínicos (3) o el uso de opiáceos por vías como la intranasal (4) en el tratamiento del dolor dental postoperatorio.

Inhibidores selectivos COX-2

El mecanismo de acción de los AINEs es atribuido a la inhibición enzimática de la ciclooxigenasa (COX) bloqueándose así la síntesis tisular de prostanoïdes. En la actualidad se ha establecido la existencia de dos isoformas de COX denominadas COX-1 y COX-2, con propiedades catalíticas similares pero estructuralmente distintas ya que la homología en aminoácidos sólo es aproximadamente del 60%. La COX-1 es considerada la enzima constitutiva, de expresión ubicua e implicada en la regulación autoperacrina fisiológica. Por el contrario, COX-2 es una enzima cuya expresión está restringida en condiciones basales a ciertos tejidos (v.g., cerebro), pero que resulta inducible en situaciones de estrés como la inflamación tisular. De esta situación cabría deducir que la inhibición COX-2 es la relevante terapéuticamente, mientras la COX-1 estaría vinculada a los conocidos efectos adversos de los AINEs actualmente utilizados en clínica, la mayoría de los cuales son inhibidores mixtos COX-1/COX-2. Este objetivo ha sido el motor de la búsqueda de inhibidores selectivos COX-2 como mejores analgésicos y antiinflamatorios.

Además un estudio experimental reciente (5) ha demostrado que la COX-2 está implicada en la respuesta al dolor en SNC conocida como ‘sensibilización central’ tras una inflamación por lesión tisular en tejido periférico. Esta respuesta se debe a la inducción de COX-2 y subsiguiente aumento de PGE₂ via IL-1β. La inhibición de COX-2 en SNC coopera en el efecto analgésico, o quizá mejor anti-hiperalgésico, de estos fármacos.

En el mercado español se encuentran en este momento accesibles dos fármacos en esta categoría, el rofecoxib y el celecoxib (otros fármacos como parecoxib están pendientes de aprobación), pero su uso en la terapéutica del dolor dental no está aún formalmente autorizada y la única indicación establecida es el tratamiento de la artrosis y artritis reumatoide. La actividad analgésica de inhibidores COX-2 ha sido investigada en pacientes tras cirugía dental mediante ensayos clínicos controlados, doble ciego, con enmascaramiento, que demuestran una actividad analgésica para rofecoxib (50 mg) similar a la de ibuprofeno (400 mg) pero con mayor duración de acción (~9 horas) y una buena tolerancia, actividad analgésica que también se ha demostrado para celecoxib (200 mg) (6-9).

Aunque en una revisión reciente se confirma que la gastrolesividad de rofecoxib fue menor que la de AINEs no selectivos (10), este tema será sin duda objeto de debate y estudios adicionales.

Otras perspectivas de futuro

Existe una diversidad de nuevas posibilidades farmacológicas en el tratamiento del dolor. Entre los mecanismos asequibles estarían el bloqueo de canales de calcio neuronales, el antagonismo del receptor NMDA, y el agonismo de receptores endógenos de cannabinoides. La sustancia P es un neuropeptido presente en fibras nerviosas aferentes nociceptivas cuya expresión aumenta tras inflamación periférica en tejido pulpar humano (11), razón por la que los antagonistas de receptores para sustancia P podrían tener un papel como analgésicos en dolor odontogénico. Otra alternativa sería la utilización de agonistas nicotínicos como la epibatidina, para lograr un efecto anti-hiperalgésico que se ha demostrado en modelos animales de dolor facial (12). La reciente descripción de los receptores opioides N/OFQ abre posibilidades de descubrimiento de nuevos analgésicos de este tipo.

Se ha identificado recientemente a los receptores para ATP del subtipo P2X3 de terminaciones nerviosas aferentes nociceptivas como una nueva diana terapéutica en analgesia (13). Dado que estos receptores P2X3 se encuentran en pulpa dental humana, en el plexo subodontoblástico de Raschkow, y en el área odontoblástica. (14), es posible que esta nueva categoría farmacológica sea relevante en el tratamiento del dolor dental.

Referencias Bibliográficas

1. Peñarrocha M, editor. Dolor orofacial. Etiología, diagnóstico y tratamiento. Barcelona:Masson SA, 1997.
2. Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and cancer pain. 4ª ed.. Glenview: American Pain Society, 1999.
3. Likar R, Koppert W, Blatnig H, Chiari F, Sittl R, Stein C, et al. Efficacy of peripheral morphine analgesia in inflamed, non-inflamed and perineural tissue of dental surgery patients. J Pain Symptom Manage 2001; 21: 330-7.
4. Desjardins PJ, Norris LH, Cooper SA, Reynolds DC. Analgesic efficacy of intranasal butorphanol (Stadol NS) in the treatment of pain after dental impaction surgery. J Oral Maxillofac Surg 2000; 58 (10, Suppl 2): 19-26.
5. Samad TA, Moore KA, Sapirstein A, Billet S, Allchorne A, Poole S et al. Interleukin-1b-mediated induction of Cox-2 in the CNS contributes to inflammatory pain hypersensitivity. Nature 2001; 410: 471-5.
6. Ehrich EW, Dallob A, De Lepeleire I, Van Hecken A, Riendeau D, Yuan W et al. Characterization of rofecoxib as a cyclooxygenase-2 isoform inhibitor and demonstration of analgesia in the dental pain model. Clin Pharmacol Ther 1999; 65: 336-47.
7. Malmstrom K, Daniels S, Kotey P, Seidenberg BC, Desjardins PJ. Comparison of rofecoxib and celecoxib, two cyclooxygenase-2 inhibitors, in postoperative dental pain: a randomized, placebo- and active-comparator-controlled clinical trial. Clin Ther 1999; 21: 1653-63.
8. Morrison BW, Christensen S, Yuan W, Brown J, Amlani S, Seidenberg B. Analgesic efficacy of the cyclooxygenase-2-specific inhibitor rofecoxib in post-dental surgery pain: a randomized, controlled trial. Clin Ther 1999; 21: 943-53.
9. Morrison BW, Fricke J, Brown J, Yuan W, Kotey P, Mehlisch D. The optimal analgesic dose of rofecoxib: overview of six randomized controlled trials. J Am Dental Assoc 2000; 131: 1729-37.
10. Hawkey CJ, Jackson L, Harper SE, Simon TJ, Mortensen E, Lines CR. Review article: the gastrointestinal safety profile of rofecoxib, a highly selective inhibitor of cyclooxygenase-2, in humans. Aliment Pharmacol Ther 2001; 15: 1-9.
11. Rodd HD, Boissonade FM. Substance P expression in human tooth pulp in relation to caries and pain experience. Eur J Oral Sci 2000; 108: 467-74.
12. Gilbert SD, Clark TM, Flores CM. Antihyperalgesic activity of epibatidine in the formalin model of facial pain. Pain 2001; 89: 159-65.
13. Burnstock G. Purine-mediated signalling in pain and visceral perception. Trends Pharmacol Sci 2001; 22: 182-8.
14. Alavi AM, Ubyak GR, Burnstock G. Immunohistochemical evidence for ATP receptors in human dental pulp. J Dent Res 2001; 80: 476-83.

S3.4

Manejo terapéutico del síndrome de boca ardiente

Prof. Lamey PJ

Universidad de Belfast. Irlanda del Norte

El síndrome de boca ardiente (SBA) es un síndrome común que afecta principalmente a mujeres de mediana a avanzada edad (1). También afecta a varones pertenecientes a un grupo de edad similar y el ratio mujer-varón varía dependiendo de la localización afectada. Generalmente en el SBA la proporción mujer: varón es de 7:1, pero cuando está afectadas determinadas zonas como por ejemplo los labios es de 12:1 (2). Dentro de la boca la lengua es el lugar donde más comunmente aparece y el quemazón es normalmente simétrico y bilateral. Los pacientes pueden presentar también quemazón en otras partes del cuerpo como por

ejemplo la vulva (3). Por definición en el SBA los lugares afectados aparecen clínicamente normales. Existen tres patrones reconocidos de quemazón y estos tipos varían en el pronóstico resultante y también, en cierta medida, en su etiología (4).

En 1996 revisé los factores etiológicos implicados en el SBA (5). Estos son múltiples y variados e incluyen deficiencias hemáticas, deficiencias en las vitaminas del grupo B, diabetes mellitus del adulto no diagnosticada, actividad parafuncional, factores psicológicos, mal diseño protésico, alergias, ciertos medicamentos, cancerofobia, reducción

funcional de las glándulas salivales e infección oral subclínica por *Candida*. Hasta la fecha solo un estudio ha controlado todos estos factores tratando de aclarar la importancia relativa de cada uno de ellos (6). Esto es importante ya que la mayoría de la bibliografía sobre el SBA tiende a concentrarse en un aspecto de la condición e ignora los otros factores, así que muchos estudios tienden a enfatizar la importancia de ese único factor. Por ejemplo, los factores psicológicos y de personalidad han sido y continúan siendo estudiados en el SBA (7-11). Incluso estos estudios han llevado a nuevas modalidades de tratamiento como la terapia cognitiva (12), pero todavía no existe una fuerte relación causa-efecto entre la presencia de ansiedad y el SBA, por ejemplo (13).

Estudios psicológicos han intentado comprender la naturaleza del SBA y si es una forma de neuropatía (14). La esteoreognosis no ha conseguido diferenciar pacientes con SBA de pacientes control (15) pero se están realizando otros estudios en este área (16). Del mismo modo en un intento de unificar los diversos factores etiológicos, algunos estudios han demostrado cambios en la composición salivar en pacientes con SBA (17,18), pero no cambios en los niveles de flujo (19).

Las opciones terapéuticas son muchas y variadas en el SBA (20,21). Algunas han sido prometedoras pero necesitan una base científica más fuerte, aunque pueden proporcionar una mayor visión interna del proceso de la enfermedad (22). La terapia con medicamentos tiene una relación interesante con el SBA (23), particularmente en ciertos grupos de pacientes como lo que presentan enfermedad de Parkinson (24). Los estudios sanguíneos pueden poner de relieve cambios en pacientes con SBA, pero saber si son etiológicos resulta problemático (25).

En conclusión la mayoría de los pacientes con SBA pero no todos (26) pueden ser tratados satisfactoriamente siempre que todos los factores etiológicos conocidos sean considerados, incluyendo consejos tranquilizadores frente a la canerofobia (27).

Necesitamos un estudio científico multicéntrico que siga un protocolo acordado para investigar los resultados clínicos. Existe una clara necesidad de más estudios a doble ciego y una mayor base científica (28).

Referencias Bibliográficas

1. Bergdahl M, Bergdahl J. Burning mouth syndrome: prevalence and associated factors. *J Oral Pathol Med* 1999;28:350-4.

2. Lamey P-J, Lamb AB. Lip component of burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994;78:590-93.
3. Freeman R. A psychotherapeutic case illustrating a psychogenic factor in burning mouth syndrome. *Br J Psychotherapy* 1993;10:220-25.
4. Lamey P-J, Lamb AB, Hughes A, Milligan KA, Forsyth A. Type 3 burning mouth syndrome: psychological and allergic aspects. *J Oral Pathol Med* 1994;23:216-9.
5. Lamey P-J. Burning mouth syndrome. *Dermatol Clin* 1996;14:339-54.
6. Lamey P-J, Lamb AB. Prospective study of aetiological factors in burning mouth syndrome. *BMJ* 1988;296:1243-46.
7. Grushka M, Sessie BJ, Miller R. Pain and personality profiles in burning mouth syndrome. *Pain* 1987;28:155-67.
8. Browning S, Hislop S, Scully C, Shirlaw P. The association between burning mouth syndrome and psychological disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987;64:171-74.
9. Lamb AB, Lamey P-J, Reeve PE. Burning mouth syndrome: psychological aspects. *Br Dent J* 1998;165:256-60.
10. Lamey P-J, Lamb AB. The usefulness of the HAD scale in assessing anxiety and depression in patients with burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989;67:390-2.
11. Carlson CR, Miller CS, Reid KI. Psychosocial profiles of patients with burning mouth syndrome. *J Orofac Pain* 2000;14:59-64.
12. Humphris GM, Longman IP, Field EA. Cognitive-behavioural therapy for idiopathic burning mouth syndrome: a review of two cases. *Br Dent J* 1996;181:204-8.
13. Bogetto F, Maina G, Ferro G, Carbone M, Gandolfo S. Psychiatric comorbidity in patients with burning mouth syndrome. *Psychosom Med* 1998;60:378-85.
14. Svensson P, Bjerring P, Arendt-Nielsen L, Kaaber S. Sensory and pain thresholds to orofacial argon laser stimulation in patients with chronic Burning mouth syndrome. *Clin J Pain* 1993;9:207-15.
15. Lamey P-J, Hobson RS, Orchardson R. Perception of stimulus size in patients with burning mouth syndrome. *J Oral Pathol Med* 1996;25:420-3.
16. Formaker BK, Frank ME. Taste function in patients with oral burning. *Chem Senses* 2000;25:575-81.
17. Lundy FT, Al-Hashimi I, Rees TD, Lamey P-J. Evaluation of major parotid glycoproteins in patients with burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997;83:252-8.
18. Mizukawa N, Sugiyama K, Ueno T, Mishima K, Takagi S, Sugahara T. Defensin-1, an antimicrobial peptide present in the saliva of patients with oral diseases. *Oral Dis* 1999;5:139-42.
19. Lamey P-J, Murray BM, Eddie SA, Freeman RE. The secretion of parotid saliva as stimulated by 10% citric acid is not related to precipitating factors in burning mouth syndrome. *J Oral Pathol Med* 2001;30:121-4.
20. Bessho K, Okubo Y, Hori S, Murakami K, Iizuka T. Effectiveness of kampo medicine (sai-boku-to) in treatment of patients with glossodynia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998;86:682-6.
21. Tammiala-Salonen T, Forsell H. Trazodone in burning mouth pain: a placebo-controlled, double-blind study. *J Orofac Pain* 1999;13:83-8.
22. Femiano F, Gombos F, Scully C, Busciolano M, Luca PD. Burning mouth syndrome (BMS): controlled open trial of the efficacy of alpha-lipoic acid (thioctic acid) on symptomatology. *Oral Dis* 2000;6:274-277.
23. Brown RS, Krakow AM, Douglas T, Choksi SK. Scalded mouth syndrome caused by angiotensin converting enzyme inhibitors: two case reports. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997;83:665-7.
24. Clifford TJ, Warsi MJ, Burnett CA, Lamey P-J. Burning mouth in Parkinson's disease sufferers. *Gerodontology* 1998;15:73-8.
25. Heckmann SM, Heckmann JG, Hilz MJ, Popp M, Marthol H, Neundorfer B, Hummel T. Oral mucosal blood flow in patients with burning mouth syndrome. *Pain* 2001; 90: 281-6.
26. Lamey P-J, Lamb AB. Refractory Burning Mouth Syndrome in Non-responders in Gastroenterology. Editors: Dobrilla G, Bardhan, KD, Steele A. Verona, Cortina International, 1991, pp.3-25.
27. Engman MF. Burning tongue. *Arch Dermatol Syphil* 1920; 1: 137-8.
28. Berghahl J, Anneroth G. Burning mouth syndrome: literature review and model for research and management. *J Oral Pathol Med* 1993; 22: 433-8.

C. 1 Estudio epidemiológico de la Neuralgia esencial de trigémino

González JM

*Cátedra de Anatomía Humana. Universidad
Central de Venezuela. Caracas. Venezuela*

El objetivo de este estudio fue evaluar retrospectivamente 89 casos diagnosticados como Neuralgia del Trigémino en una muestra de la población venezolana.

Material y Métodos: Se revisaron 3726 historias del Servicio de Terapia del Dolor del Hospital Miguel Pérez Carreño que representan todos los casos diagnosticados desde Enero 1.990 hasta Diciembre 1.997. Estos datos fueron analizados de acuerdo a las diferentes localizaciones anatómicas del dolor, sexo, edad, tiempo de evolución, antecedentes personales, servicio de referencia, ocupación.

Resultados: 89 casos presentaron Neuralgia Esencial del Trigémino, la mayor incidencia en edad fue en el grupo de 40 a 49 años (29,21%). El sexo femenino fue el de mayor predilección (58,42%). La localización mas frecuente fue la comisura labial (42,69%), la IIIa rama trigeminal fue la mas afectada. En cuanto al tiempo de evolución el 60,6 % acudió por primera vez a la consulta entre los 0 a 3 años, después de haber aparecido los síntomas. El mayor antecedente fue hipertensión arterial 28,08%, seguido por diabetes 23,59%. El mayor sitio de referencia fue el servicio de rehabilitación y cirugía 22,47%. En cuanto a la ocupación el mayor porcentaje estuvo en la población obrera 37,07%.

Conclusión: La Neuralgia del Trigémino es una patología frecuente en el sexo femenino, (aunque en nuestro estudio no fue estadísticamente significativa), con alto porcentaje de pacientes con antecedentes de hipertensión y diabetes, no encontrándose diagnóstico y referencia por parte de servicios odontológicos.

C. 2 Proteasas en saliva humana

Maza JL, Ellacuría J, Prado C

*Departamento de Estomatología. Facultad de
Medicina y Odontología. Universidad del País
Vasco EHU. Leioa. España*

Las aminopeptidasas son enzimas proteolíticas que catalizan la ruptura hidrolítica de gran cantidad de péptidos activos. A lo largo de los últimos años, se ha descrito la presencia de diversas actividades proteo-

olíticas en saliva humana, así como la presencia de péptidos en la misma. El papel de ambos elementos en la saliva es complejo. Sin embargo, desde un punto de vista peptídico, se ha descrito que su liberación está regulada a nivel neural y, una vez liberados, pueden actuar como neurohormonas o como neurotransmisores de información neuroinmune, pudiendo tener muchos otros papeles también atribuidos a los péptidos neuroactivos. En la presente comunicación se describen las actividades de varios de estos enzimas proteolíticos activos sobre neuropéptidos.

Material y Métodos: La determinación de las actividades enzimáticas se llevó a cabo midiendo el ratio de hidrólisis de las muestras sobre los sustratos cromogénicos Ala-, pGlu-, Pro-, Arg-, Asp- y Cis-2-naftilamidas (detectadas fluorimétricamente a 345 nm de excitación y 412 de emisión).

Resultados: Los mayores niveles de actividad se observan en la Ala-aminopeptidasa, seguidos de Arg-, Cys-, Pro-, pGlu- y, finalmente, Asp-aminopeptidasas, si bien, entre éstas dos últimas actividades no se obtuvieron diferencias significativas (ANOVA test general $p < 0,0001$).

Conclusiones: Como era de esperar, y al igual que ocurre en otros tejidos, las actividades aminopeptidásicas no son homogéneas en saliva humana, si bien el grado de actividad es distinto al observado en otras muestras. La presencia de estas actividades enzimáticas en saliva sugiere que los niveles de péptidos activos a este nivel pueden ser controlados por mecanismos homeostáticos similares a los descritos en otros tejidos como el plasma, sistema nervioso central y sistema inmune.

C. 3 Hiperplasia epitelial focal: Estudio en un grupo de indígenas venezolanos

Villarroel M, Barrett AW, Henning M, Mijares M, Blanco A, Correnti M, Mata M

*Universidad Central de Venezuela. Eastman
Dental Institute. Londres (UK). Caracas.
Venezuela*

La Hiperplasia Epitelial Focal (HEF) es una enfermedad caracterizada por múltiples pápulas y nódulos en la mucosa bucal. La HEF ha sido reportada en indígenas de Norte, Centro y Sur América, así como en grupos de esquimales, lo cual sugiere un posible factor genético relacionado. Además, esta enfermedad ha sido asociada con infecciones por virus papiloma humano (VPH). Las lesiones afectan princi-

palmente niños y pueden curar espontáneamente. Se realizó un estudio en una comunidad indígena del sur de Venezuela, con el objetivo de determinar la presencia de HEF y caracterizar dicha enfermedad.

Material y Métodos: 59 personas de la comunidad fueron examinadas, de las cuales 15 (25.42%) mostraron características de HEF. La enfermedad se presentó con predilección 2:1 por el sexo femenino. 14/15 fueron niños (93.3%) con una media de 9.8 años (+/- 4.6 DS) y mediana de 8.5 años. Se observó una sola paciente adulta de 34 años.

Resultados: Las lesiones presentaban, generalmente, un color parecido a la mucosa bucal adyacente, aunque algunas mostraron una superficie blanquecina, posiblemente producto del roce o hábitos de mordedura. Los labios de todos los pacientes estuvieron afectados, pero también se observaron lesiones en cara interna de carrillos en 5 casos y en lengua en 1. La mucosa queratinizada no estuvo afectada y ningún caso ha presentado progresión maligna. El estudio histopatológico mostró características de HEF en todos los casos, incluyendo características consistentes con infección por VPH. Sin embargo, estudios inmunohistoquímicos y la reacción en cadena de la polimerasa fueron negativos.

Conclusiones: La HEF es una enfermedad benigna relativamente frecuente entre indígenas venezolanos. Aunque su etiología ha sido relacionada con infección por VPH, la presencia del virus fue imposible de identificar en el presente estudio.

C. 4 Miniconferencia ¿Puede ser el bruxismo beneficioso para el Sistema Nervioso Central como amortiguador del estrés?

Dr. Gómez Sainz FM

*Departamento de Estomatología. Facultad de
Medicina y Odontología. Universidad del País
Vasco EHU. Vizcaya. España*

El bruxismo es conocido como el hábito oral de rechinar y/o apretar los dientes sin ninguna finalidad masticatoria, fonatoria o deglutoria. Es muy frecuente entre la población sana (entre el 6-20%) (Lavigne y Montplaisir, 1995), y es un fenómeno oral que se puede observar también durante el sueño, por lo que se diferencia clínicamente entre bruxismo diurno y nocturno (Bader y Lavigne, 2000). En los bruxistas diurnos predomina el apretamiento como hábito parafuncional, así como otros tales como la onicofagia, morderse los labios o

los carrillos, mascar chicle o morder objetos. Dichas parafunciones diurnas suelen realizarse de forma inconsciente, como actos estereotipados que se llevan a cabo bien durante tareas que exigen una cierta concentración, en momentos de tensión o incluso durante un esfuerzo físico.

El bruxismo está considerado como una de las condiciones potencialmente más lesivas para el aparato masticatorio (Rugh y Harlam, 1988; Mehta et al., 2000). Así, una parafunción severa y persistente puede originar a nivel dentario desde un desgaste excesivo, fracturas de prótesis u obturaciones dentales y trauma oclusal a nivel periodontal hasta dolor miofascial masticatorio, dificultad para la apertura bucal, hipertrofias de los músculos masticatorios y cefaleas (Giaros y Rao, 1977; Ramfjord y Ash, 1983; Dao et al., 1994). Así mismo, son cada vez más numerosos los estudios que muestran una asociación entre bruxismo, u otros hábitos orales, y la presencia de trastornos en la articulación temporomandibular de distinta severidad, como luxaciones meniscales, retromandibulitis, sinovitis y osteoartritis (Israel et al., 1999; Molina et al., 1999). No obstante, no ha sido demostrada aún una relación causa-efecto entre ser bruxista y sufrir como consecuencia de ello trastornos temporomandibulares (Lobbezoo y Lavigne, 1997).

A pesar de que el bruxismo es un fenómeno bien conocido clínicamente, todavía no se ha esclarecido con exactitud su etiología. Sin embargo, dado que es un hábito muy frecuente entre la población sana, existen dudas de que deba ser considerado como una entidad o movimiento patológico en sí (Lavigne y Montplaisir, 1995). Aunque ambos tipos de bruxismo, nocturno y diurno, generan clínicamente consecuencias parecidas sobre los diversos componentes del aparato masticatorio, actualmente se piensa que su etiopatogenia es diferente. En relación con la etiología del bruxismo nocturno, se cree que es un tipo de parasomnia en la que los episodios bruxistas se producen concomitantemente a un aumento generalizado de la actividad motora corporal asociada a un aumento de la frecuencia cardiopulmonaria. Por ello, son mayoría los investigadores que postulan que el bruxismo nocturno es trastorno del movimiento asociado a transiciones de estadios de sueño profundo a más ligero, siendo un fenómeno rítmico masticatorio que se presenta durante el sueño dentro de una reacción generalizada de despertar (para revisión, véase Bader y Lavigne, 2000).

Como causas del bruxismo en general, tanto diurno como nocturno, se han barajado diversos factores, unos periféricos y otros de origen central. Dentro de los peri-

féricos, y a nivel odontológico, las alteraciones oclusales (prematuridades o interferencias) han sido clásicamente consideradas como una de las causas desencadenantes del bruxismo (para revisión, véase Clark et al., 1999). Sin embargo, los estudios en humanos no han refrendado esta hipótesis; incluso han encontrado que la introducción de interferencias oclusales artificiales disminuía la frecuencia e intensidad del bruxismo nocturno (Rugh et al., 1984). Por ello, la teoría oclusal del bruxismo se halla actualmente seriamente cuestionada. Otro de los factores que se ha involucrado desde hace tiempo en el bruxismo, especialmente en el diurno, son las alteraciones psicoemocionales. Así, es frecuente observar hábitos orales en un individuo sano durante situaciones de alta concentración, alerta, tensión, ansiedad, estrés, angustia, ira o agresividad (Thaller et al., 1967; Lindqvist, 1972; Olkinuora, 1972; Hicks y Conti, 1991; Vanderas, 1995), habiéndose sugerido que el desarrollo o aparición de dichos movimientos parafuncionales serviría para “descargar”, o amortiguar la elevada tensión emocional, atenuando los efectos del estrés o la ansiedad sobre el organismo (Morse, 1982). Incluso diversos procedimientos psicoterapéuticos han mostrado cierto grado de eficacia aliviando los síntomas en pacientes bruxistas y reduciendo la actividad maseterina (Biondi y Picardi, 1993). Sin embargo, otros investigadores no han encontrado que los bruxistas estén sometidos a mayores niveles de tensión emocional o de estrés que el resto de la población, ni tampoco que sus perfiles de personalidad o su forma de reacción ante situaciones de alerta sean claramente diferentes (Reding et al., 1968; Pierce et al., 1995; Major et al., 1999).

Otra hipótesis etiológica muy en boga es que el bruxismo es un movimiento anormal consecuencia de alteraciones o desequilibrios a nivel de los neurotransmisores del S.N.C., especialmente en el sistema dopaminérgico a nivel de los ganglios basales (para revisión, véanse Nishioka y Montgomery, 1988 y Gómez et al., 1997). En este sentido, existen diversos trabajos que han comunicado la aparición de intensos cuadros de rechinar de dientes en consumidores de fármacos que estimulan o modifican la actividad dopaminérgica central (cocaína, L-dopa, anfetamina o haloperidol) (Lavigne y Montplaisir, 1995). Apoyando a nivel experimental la teoría etiológica dopaminérgica, también se ha conseguido provocar la aparición de bruxismo en la rata tras la administración de dosis elevadas de apomorfina, un agonista directo de los receptores dopaminérgicos

(Pohto, 1977; Gómez et al., 1998). Dentro del S.N.C., el cuerpo estriado parece ser la región que está más involucrada en la expresión de estas conductas masticatorias estereotipadas.

Por otra parte, es sobradamente conocido, a través de estudios llevados a cabo en animales de experimentación, que la exposición a una situación estresante o angustiosa desencadena en el organismo una serie de cambios fisiológicos a nivel central y periférico, así como de conducta, que se cree son el resultado del esfuerzo de éste para enfrentarse o superar dicha situación. Así, a nivel periférico, los cambios vienen fundamentalmente derivados de la activación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, con la subsiguiente liberación de glucocorticoides al torrente circulatorio (Martí y Armario, 1998). A nivel central, se produce una liberación de diversos neurotransmisores en numerosas regiones cerebrales, especialmente de noradrenalina, dopamina y serotonina (Anisman y Zacharko, 1990). La duración y severidad de los cambios va a depender, entre otros factores, del tipo de estrés, de su intensidad y duración, y también de la capacidad del individuo para sobrellevar o superar dicha situación.

A nivel conductual, se ha observado que la exposición a diversos estímulos considerados como estresantes en los mamíferos (inmovilización, frío, sonido/luz intensos, descargas eléctricas en las extremidades o en la cola, pinzamiento de la cola, etc.) induce la aparición de distintos comportamientos como vocalizaciones, defecación, agresividad, reacciones de huida o lucha, así como otros movimientos estereotipados. Estas conductas son consideradas como estrategias para enfrentarse o escapar del estímulo estresante, o bien para reducir la percepción del mismo (Mason, 1968; D'Angio et al., 1988; Tanaka et al., 1998; Berridge et al., 1999). En otras ocasiones, y especialmente en los roedores, la exposición a un estímulo estresante provoca que éste se “enfrasque”, de forma compulsiva, en una conducta de roimiento/mordedura de objetos (Hennessy y Foy, 1988; Berridge et al., 1999).

En este contexto, y a nivel periférico, diversos trabajos en roedores han visto que si durante el estrés los animales podían morder objetos, presentaban una reducción de los niveles de cortisol plasmático así como un menor número de úlceras gástricas, efectos ambos causados por la exposición a estrés intenso, con respecto a aquellos otros animales estresados que no realizaban dicha conducta masticatoria (Vincent et al., 1984; Hennessy y Foy, 1988; Tsuda et al., 1988; Tanaka et al., 1998). A nivel central, y concomitantemente a estos

resultados anteriores, en las ratas que mordían objetos durante el estrés se observaba que los cambios provocados sobre la neurotransmisión noradrenérgica en diversas regiones cerebrales de la rata eran también menos relevantes (Tsuda et al., 1988; Tanaka et al., 1998).

Pero de todos los estímulos que se han aplicado a los roedores a fin de imitar las situaciones de estrés que acaecen en el ser humano, el pinzamiento de la cola es el que, de forma más clara y robusta, induce la aparición de un comportamiento oral similar al descrito como bruxismo experimental tras la administración de apomorfina (Gómez et al., 1998). La capacidad del pinzamiento de la cola para inducir conductas orales está relacionada con su capacidad para activar la vía dopaminérgica nigroestriada que inerva el cuerpo estriado (Antelman, et al., 1979; Wheeler et al., 1995), región que, como ya hemos comentado, está fuertemente involucrada en la génesis de los movimientos estereotipados orales en los mamíferos, y se cree que también en el bruxismo (Nishioka y Montgomery, 1988; Gómez et al., 1998). En un reciente estudio, hemos encontrado que las ratas sometidas a pinzamiento de la cola y que eran capaces de desarrollar una intensa actividad parafuncional masticatoria durante el estrés mostraban un retorno más rápido a valores control de los cambios observados en la neurotransmisión dopaminérgica estriatal que los registrados en ratas que no mostraban esta actividad oral durante el pinzamiento (Gómez et al., 1999). Paralelamente a nuestros resultados, ha sido también descrita una reducción de los efectos del estrés sobre dicha neurotransmisión dopaminérgica en los roedores, pero ahora en la corteza prefrontal (Berridge et al., 1999), una región especialmente sensible al estrés, y que se sabe interviene de una forma muy relevante en numerosos procesos afectivos y conductuales en los mamíferos. De ahí que se haya sugerido que la capacidad para expresar o no conductas masticatorias durante una situación de estrés podría tener no sólo relevancia a nivel conductual, sino incluso hasta en la aparición o no de ciertos trastornos psiquiátricos que se sabe están asociados al estrés (Berridge et al., 1999).

Este cúmulo de datos experimentales avala la hipótesis de que la expresión de parafunciones orales, como el bruxismo, durante situaciones de elevada tensión emocional, aunque perjudiciales para el aparato masticatorio, podrían ser paradójicamente beneficiosas para atenuar las consecuencias negativas del estrés o la ansiedad sobre el organismo.

Referencias Bibliográficas

- Anisman H, Zacharko RM. *Pharmacol Ther* 1990; 46: 119-36.
- Antelman SM, Szechtman H, Chin P, Fisher AE. *Brain Res* 1975; 99: 319-37.
- Bader G, Lavigne GJ. *Sleep Med Rew* 2000; 4: 27-43.
- Berridge CW, Mitton E, Clark W, Roth RH. *Synapse* 1999; 32: 189-97.
- Biondi M, Picardi A. *Psychoter Psychosom* 1993; 59: 84-98.
- Clark GT, Tsukiyama Y, Baba K, Watanabe T. *J Prosthet Dent* 1999; 82: 704-713.
- D'Angio M, Serrano A, Driscoll P, Scatton B. *Brain Res* 1988; 451: 237-47.
- Dao TT, Lund JP, Lavigne GJ. *J Orofacial Pain* 1994; 88: 350-6.
- Gómez FM, Areso MP, Sainz B, Infante C. *Arch Odontostomatol* 1997; 13: 555-68.
- Gómez FM, Areso MP, Giralte MT, Sainz B, García Vallejo P. *J Dent Res* 1998; 77: 1454-1464.
- Gómez FM, Giralte MT, Sainz B, Arrúe A, Prieto M, García Vallejo P. *Eur J Oral Sci* 1999; 107: 461-7.
- Henessy MB, Foy T. *Behav Neurosci* 1987; 101: 237-245.
- Hicks RA, Conti P. *Percept Mot Skills* 1991; 72: 1182.
- Lavigne GJ, Montplaisir J. *Adv Pain Res Ther* 1995; 23: 387-404.
- Linqvist B. *Odontol Revy* 1972; 23: 231-242.
- Lobbezoo F, Lavigne G. *J Orofacial Pain* 1997; 11: 15-23.
- Magnusson T, Egermark I, Carlsson GE. *J Orofacial Pain* 2000; 14: 310-9.
- Major M, Rompre PH, Guitard F, Tenbokum L, O'Connors K, Nielsen T, Lavigne GJ. *J Dent Res* 1999; 78: 1754-62.
- Martí O, Armario A. *Int J Dvl Neuroscience* 1998; 16: 241-60.
- Mason JW. *Psychosom Med* 1968; 30: 565-75.
- Mehta NR, Forgione AG, Maloney G, Greene R. *Cranio* 2000; 18: 280-5.
- Molina OF, dos Santos J, Nelson SJ, Nowlin T. *Cranio* 1999; 17: 268-279.
- Morse DR. *J Human Stress* 1982; 43-54.
- Nishioka G, Montgomery M. *JADA* 1988; 116: 514-520.
- Olkinuora M. *Proc Finn Dent Soc* 1972; 68: 110-123.
- Pierce CJ, Chrisman K, Bennett ME, Close JM. *J Orofacial Pain* 1995; 9: 51-56.
- Pierce CJ, Gale EN. *J Dent Res* 1988; 67: 597-601.
- Pohto P. *Proc Finn Dent Soc* 1977; 73: 1-13.
- Ramfjord SP, Ash MM. *Occlusion*. WB Saunders Co, Philadelphia, 1983.
- Ramfjord SP. *JADA* 1961; 62: 21-44.
- Reding GR, Zepelin H, Robinson JE, Smith VH, Zimmerman SO. *J Dent Res* 1968; 47: 786-797.
- Rugh JD, Bhargi N, Drago CJ. *J Prosthet Dent* 1984; 51: 548-553.
- Rugh JD, Harlam J. *Adv Neurol* 1988; 49: 329-341.
- Tanaka T, Yoshida M, Yokoo H, Tomita M, Tanaka M. *Pharmacol Biochem Behav* 1998; 59: 27-31.
- Tsuda A, Tanaka M, Ida Y et al.. *Brain Res* 1988; 474: 174-180.
- Thaller JL, Rosen G, Saltzman S. *J Periodontol* 1967; 38: 193-197.
- Vanderas AP. *J Oral Rehabil* 1995; 23: 61-65.

Vincent GP, Paré WP, Prenatt JED, Glavin GB. *Physiol Behav* 1984; 32: 265-8.

Wheeler D, Boutelle MG, Fillenz M. *Neuroscience* 1995; 65: 767-74.

C. 5 Alteraciones de p53 y p16 en pacientes con leucoplasia oral que presentaron previamente un carcinoma escamoso

López Matínez M, Aguirre JM, Cuevas N, Anzola M, Videgain J, Aguirregaviria JI, Castro A, Fernández-Fernández I, M de Pancorbo M

Departamento de Z. y Biología Celular. Facultad de Farmacia. Departamento de Estomatología. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad del País Vasco EHU. Servicio de ORL. Instituto Oncológico de Guipuzcoa. Donostia. San Sebastian. Datagene. Sondika, España

Objetivo: Uno de los principales problemas que afectan al pronóstico y al tratamiento del cáncer oral es la existencia de múltiples tumores primarios. La etiopatogenia del cáncer y del precáncer oral es multifactorial siendo los carcinógenos más importantes: el tabaco, el alcohol y los oncovirus. Se considera que los diferentes carcinomas se producen independientemente. En este estudio queremos detectar las alteraciones en los genes supresores de tumores p53 y p16 para demostrar que las alteraciones moleculares son previas al desarrollo del carcinoma e independientes del carcinoma previo.

Materiales y Métodos: Se ha recogido muestras citológicas (saliva y raspado con cepillo) de 12 pacientes con leucoplasia y sus respectivas biopsias de los carcinomas escamosos previos. Se procedió a la extracción del ADN de estas muestras y se amplificaron por PCR los exones 4-8 y 1-3 de los genes p53 y p16 respectivamente. Los productos de PCR fueron analizados mediante la técnica SSCP para la detección de mutaciones. Los fragmentos de ADN que contenían los posibles alelos mutantes fueron secuenciados para confirmar y localizar la mutación.

Resultados: Los análisis de los genes supresores de tumores p53 y p16 de la leucoplasia actual y el carcinoma previo de cada paciente mostraron una topografía marcadamente discontinua y multifocal. Los pacientes en los que se observó una mutación en la leucoplasia actual presentaban o bien ninguna mutación o bien una mutación diferente en el carcinoma previo correspondiente. También se detectó el caso contrario.

Conclusión: Nuestros resultados apoyan la hipótesis de la “cancerización de campo” permitiendo, surgir múltiples carcinomas independientes y/o lesiones precancerosas en la cavidad oral.

Este trabajo ha sido subvencionado por el proyecto del FIS y del Gobierno Vasco (99/09409).

C. 6

La osteoporosis bucal y su relación con el tratamiento dentario ortodóntico. Presentación de un caso

Guercio Mónaco E

Cátedra de Fisiología Humana. Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela. Caracas. Venezuela

Nuestra sociedad ha mostrado un incremento en la demanda de servicios ortodónticos por parte de pacientes adultos. Las mujeres, especialmente involucradas, tienden a tener a lo largo de su vida una menor masa ósea en comparación con los hombres, así como una mayor pérdida ósea, principalmente durante la menopausia. La osteoporosis como enfermedad sistémica, ha sido claramente identificada en los huesos maxilares, modificando la tasa de movimiento dentario ortodóntico. En el presente estudio se reporta el caso de una paciente con osteoporosis postmenopáusica, que acude a consulta para realizarse un tratamiento ortodóntico. Se demuestra que además de las fuerzas aplicadas, el metabolismo óseo juega un papel importante en el control del movimiento dentario ortodóntico.

C. 7

Identificación de especies de *Candida* en un grupo de pacientes venezolanos con candidiasis atrófica crónica

Lazarde J, Pacheco A

Universidad Central de Venezuela. Facultad de Odontología. Caracas. Venezuela

Esta investigación se realizó con la finalidad de conocer las especies de *Candida* mayormente implicadas en la candidiasis atrófica crónica. Se estudiaron 40 pacientes que acudieron al Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la U.C.V., quienes presentaron signos clínicos y microbiológicos de candidiasis atrófica crónica. El 40% de los pacientes pertenecían al rango de edades

de 51 a 60 años, y el 97.5% pertenecían al sexo femenino. Al evaluar la presencia de prótesis dental en éstos pacientes, se pudo evidenciar que el 67.5% usaban prótesis total y el 32.5% prótesis parcial removible. Las muestras bucales fueron cultivadas en Sabouraud y las colonias fueron identificadas mediante la prueba del tubo germinal, formación de filamentación de levaduras y por el sistema ID32C(Biomérieux), las especies de *Candida* correspondieron en un 72.5% a *C. albicans*, el 15% a *C. tropicalis*, el 2% a *C. glabrata* y *C. famata*, *C. parapsilosis*, *C. rugosa* representaron el 1% respectivamente.

Es necesario realizar un correcto diagnóstico clínico y micológico con la identificación exacta de las levaduras con fines de establecer pautas terapéuticas correctas y evitar la resistencia a los antimicóticos.

Esta investigación fue financiada por el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico de la U.C.V., ayuda N_ 10-10-3805-96.

C. 8

Importancia del espesor tumoral en el pronóstico del carcinoma escamoso de lengua

Morales P, González Moles MA, Rodríguez-Archilla A, Ramos MC, Ceballos A, Ruiz Avila I

Medicina Bucal. Facultad de Odontología. Universidad de Granada. Granada. España

Objetivos: Se realizó un estudio retrospectivo sobre 81 pacientes con cáncer de lengua con el propósito de evaluar la influencia sobre la supervivencia del diámetro superficial del tumor (T), del máximo diámetro de la pieza operatoria (T patológico), del espesor tumoral.

Material y Métodos: Estos datos, así como el valor N, N patológico y M se obtuvieron de la historia clínica y de la observación de secciones tisulares teñidas con hematoxilina-eosina. El espesor tumoral se midió con un micrómetro óptico, en un corte con mucosa oral, perpendicularmente desde la línea imaginaria que reconstruye la mucosa oral hasta la zona más profunda de invasión tumoral. Los resultados relativos al tamaño fueron: valor T: T1=22 casos (28,2%), T2=33 casos (42,3%), T3=10 casos (12,8%), T4=13 casos (16,6%); T patológico: T1=24 casos (30,7%), T2=34 casos (43,6%), T3=11 casos (14,1%), T4=9 casos (11,5%); espesor tumoral: ≤ 3 mm=10 casos (16,9%), 4-

7 mm=15 casos (25,4%), > 7 mm=34 casos (57,6%).

Resultados: Los relativos a la afectación de los ganglios linfáticos cervicales fueron: valor N: N0=46 casos (59,0%), N1=18 casos (23,1%), N2a=3 casos (3,8%), N2b=11 (14,1%); N patológico: N0=50 casos (64,1%), N1=17 casos (21,8%), N2a=2 casos (2,6%), N2b=7 casos (9,0%), N2c=1 caso (1,3%); ruptura capsular: sí=16 casos (57,1%), no=12 casos (42,9%); valor M: M0=78 casos (100,0%), M1=0 casos (0,0%). El 63% de los tumores (46 casos) no recidivaron, el 23,3 % (17 casos) presentaron una recidiva lingual y el 13,7% (10 casos) se observó una recidiva en ganglios linfáticos tras el tratamiento (8 casos perdidos). La supervivencia a los 5 años fue del 68,5%. La supervivencia de los pacientes con tumores de ≤ 3 mm de espesor fue del 85,7%, del 58,3% en pacientes con tumores de más de 7 mm y del 57% en pacientes con tumores de más de 7 mm. Los parámetros de supervivencia en el análisis univariante fueron T (p< 0,01), T patológico (p<0,01), N (p<0,05), N patológico (p<0,05), la ruptura capsular (p<0,05), la presencia de recidiva locorregional (p<0,01) y el espesor tumoral (p<0,05).

Conclusiones: El análisis multivariante demostró que el parámetro que más intensamente afectó a la supervivencia fue el espesor tumoral.

C. 9

Expresión de la proteína p16 en el carcinoma lingual de células escamosas

Rodríguez-Archilla A, González Moles MA, Morales P, Ramos MC, Ceballos A

Medicina Bucal. Facultad de Odontología. Universidad de Granada. Granada. España

Objetivos: En el presente estudio analizamos una serie de 81 carcinomas con el propósito de determinar: 1) la proporción de carcinomas que muestran alteración de la expresión de p16, 2) si la pérdida de expresión de p16 es un evento precoz en la carcinogénesis lingual y 3) si las alteraciones de la expresión de p16 afectan al pronóstico.

Material y Métodos: Se realizó un análisis de los parámetros T, N, M (clínico/patológico), extensión extraganglionar del tumor y presencia de recidiva locorregional. En 50 de los 81 casos de la serie, se realizó una técnica inmunohistoquímica para la detección de la expresión de proteína p16

tanto en el tumor como en el epitelio no tumoral adyacente al cancer (ENTAC).

Resultados: Los tumores se catalogaron como p16- (ausencia completa de expresión) en el 32% de los casos (16 casos) y p16+ en el 68% (34 casos). Los tumores p16+ presentaron expresión grado 1 (1-10% de células tumorales positivas) en el 32,5% (11 casos), grado 2 (11-40% de células tumorales positivas) en el 14,7% (5 casos) y grado 3 (41-100% de las células tumorales positivas) en el 52,9% de los casos (18 casos). El ENTAC fue catalogado como normal en 25 casos, hiperplásico (0 casos) y displásico en 8 casos. En 17 de los 50 tumores en los que realizamos inmunohistoquímica no se observó ENTAC. La expresión de p16 en el ENTAC fue catalogada como negativa, basal y basal/suprabasal. El 16% de los ENTAC normales (4 casos) mostraron expresión p16 basal (1 caso) o basal/suprabasal (3 casos), mientras que el 84% de los ENTAC normales (21 casos) y el 100% de los ENTAC displásicos (8 casos) no expresaron p16. El 87% de los ENTAC fueron p16- mientras que fueron p16+ en el 13% de los casos. Solo los parámetros clínico/patológicos estudiados afectaron a la supervivencia, mientras que las alteraciones de la expresión p16 no tuvieron relevancia pronóstica.

Conclusiones: Las alteraciones de la expresión p16 son un hecho frecuente en el cáncer lingual y pueden ser detectadas en fases muy precoces de la carcinogénesis.

C. 10

Resultado del tratamiento de lesiones orales erosivas severas con enjuagues de propionato de clobetasol

González Moles MA, Rodríguez-Archilla A, Morales P, Ramos MC, Ceballos A

Medicina Bucal. Facultad de Odontología. Universidad de Granada. Granada. España

Objetivo: Se analiza la eficacia y los efectos adversos del empleo tópico de un enjuague de clobetasol 17-propionato en solución acuosa al 0,05% en una serie de 31 pacientes con lesiones erosivas severas de la mucosa oral candidatas al tratamiento con corticosteroides sistémicos.

Material y Métodos: En el periodo de 48 semanas evaluamos la evolución del dolor, las ulceraciones, la atrofia y la interferencia de la enfermedad con la vida del paciente catalogando la respuesta como completa (100%), excelente (75%), buena

(50%), pobre (<50%) y fallo en la respuesta.

Resultados: El 93,5% (29 casos) presentaron una respuesta completa al dolor y las úlceras, el 90,3% (28 casos) refirieron una mejora completa de su actividad cotidiana. Estas respuestas aparecieron entre la 4ª y la 6ª semana del tratamiento y se mantuvieron durante todo el seguimiento. La atrofia respondió completamente en el 28,5% (8 casos), de forma excelente en el 60,7% (17 casos) y buena en el 3,5% (1 caso). En el 6,5% (2 casos) no se observó ninguna respuesta al tratamiento con clobetasol 17-propionato. Los efectos adversos aparecieron en el 16,1% (5 casos) aunque fueron achacables exclusivamente al clobetasol en el 12,9% (4 casos). Observamos 3 pacientes con cara de luna y 2 pacientes con hirsutismo. En todos los casos, los efectos adversos fueron poco manifiestos, aparecieron entre la 4ª y la 6ª semana y se resolvieron completamente y pronto con la reducción de la frecuencia de aplicación del fármaco.

Conclusiones: Nosotros concluimos que el clobetasol 17-propionato es una alternativa segura y eficaz en el tratamiento de lesiones erosivas severas orales candidatas al tratamiento con corticosteroides.

C. 11

Detección de virus de papiloma humano en leucoplasias de la cavidad bucal

Lugo M, Correnti M, Jiménez C

Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela. Caracas. Venezuela

Objetivo: Esta investigación se realizó con la finalidad de conocer la presencia del Virus Papiloma Humano (VPH) en lesiones de leucoplasia y cual de los genotipos del virus, estaba presente en ellas.

Material y Métodos: Se estudiaron 43 pacientes que acudieron al Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la U.C.V., quienes presentaron signos clínicos e histopatológicos de Leucoplasia. El 43% de los pacientes pertenecían al rango de edades de 41 a 60 años, el 53% pertenecían al sexo femenino, el 61% eran edéntulos parciales, histopatológicamente el 63% arrojaron displasias epiteliales. Las muestras bucales fueron procesadas mediante la técnica de la Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) y se tipificaron los (VPH) con Enzimas de Restricción

Resultados: Los genotipos virales correspondieron en un 26,5% al Tipo 6, el 26,5% al Tipo 11 y el 47% al Tipo 16.

Conclusiones: Es necesario realizar un correcto diagnóstico clínico, histopatológico y técnicas de biología molecular para poder establecer un adecuado pronóstico y tratamiento para evitar que en estas lesiones premalignas se lleguen a transformar en malignas.

Esta investigación fue financiada por el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico de la U.C.V.

C. 12

Fibroma osificante juvenil

Papa A, Lozano A, Pérez L, Rodríguez E, López A, Contreras J

Facultad de Odontología. Unidad Quirúrgica. Maracaibo. Venezuela

El fibroma osificante juvenil es una neoplasia benigna, poco común circunscrita, compuesta de tejido fibroso con focos variables calcificados trabeculares y esferoidales que recuerdan respectivamente al hueso y al cemento. Es una de las lesiones fibroósas más confusas, de etiología desconocida, patogenia incierta e histología muy similar a lesiones del mismo tipo. Se distingue del grupo general de fibromas osificantes sobre la base de: la edad del paciente, los sitios más comunes de localización y su comportamiento clínico. En la mayoría de los casos (60 - 80%) se presenta entre los 5 - 15 años. Afecta más a menudo al maxilar, los senos paranasales, la órbita y los senos fronto-etmoidales, pudiendo ocasionar exoftalmos, proptosis y síntomas nasales. Radiográficamente se observan diversos grados de radiolucidez y radiopacidad bien delimitada. Su histopatología está dotada de un estroma célula-vascular con variables cantidades de células gigantes multinucleadas y escasa producción de colágeno. El tratamiento comprende la excisión quirúrgica. **Objetivo.** El presente trabajo tiene como finalidad establecer el diagnóstico exacto de esta entidad clínica dentro de las lesiones fibroósas de los maxilares.

Caso Clínico: Se trata de un varón de 18 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, que presentaba un aumento de volumen de un año de evolución en el proceso alveolar maxilar izquierdo, con obstrucción nasal del mismo lado, que no producía sintomatología dolorosa.

Conclusiones. El caso reportado está delimitado dentro de los parámetros y caracte-

rísticas generales del fibroma osificante juvenil, entre los cuales se destaca el lugar de aparición y la edad del paciente.

C. 13

Burning mouth syndrome: New etiopathogenetic hypothesis

Lauritano D, Spadari F, Santoro F

*Oral Medicine and Pathology Department.
University of Milan. Dental University Hospital.
Milan. Italy*

Burning mouth syndrome (BMS) is a frequently seen pathology characterised by burning tongue and oral pain without macroscopic structural lesions to the mucosa. BMS etiopathology is not known and therapy is usually empirical and unsatisfactorily.

Objective: The discussion of the hypothesis that this syndrome could originate from a small diameter peripheral neuropathy combined to a mucosal trophic lesion.

Material and Methods: From September 2000 through April 2001, 37 patients (7 male, 30 female, of age between 36 and 79 years, avg 54 years) affected by BMS, were admitted at the Oral Pathology and Medicine Department of the Milan Dental University Hospital, for clinical examinations and therapeutical approaches used in neuropathic painful syndromes. All patients underwent to a complete clinical exam to exclude other pathologies. Besides. Were programmed serological and neurological examinations, quantitative sensory examinations by telethermography. A few patients. (3 male, 10 female; were submitted to a tongue biopsy, analysed microscopically by immunofluorescence with anti cytoplasmatic neuronal proteins antibodies (Protein Gene Product 9.5).

Results: The most important finding was the high frequency of a reduction of the tongue sensitivity to thermal stimuli. These examinations showed subclinical polineuropathy in 52 % of patients. Besides a loss of function in small diameter nervous fibres in about 50 % of patients. Histological exam of mucosal atrophic in 70 % of patients.

Conclusions: Our preliminary data showed in all BMS patients no oral primary diseases. The loss of sensitivity to local thermal stimuli could be owed selective alteration of the small nerve fibres. Considering that the tongue has the highest density of sensitive nerve fibres, the temperature as shown by telethermography was significantly higher than in other areas. In the oral mucosa hyperalgesic provoke an increased susceptibility of the free nerve endings. It is not still clear if the BMS is

the local expression of small fibres polineuropathy our research will continue with a broader sample of patients and with more focused clinical investigations.

C. 14

Efectos secundarios de la medicina natural

Guijarro B, López A

*Facultad CC. de la Salud. Universidad Europea
CEES. Madrid. España*

El uso de la medicina natural ha experimentado un gran auge en los últimos años, pero no esta carente de producir efectos secundarios.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 27 años que acude a la consulta por presentar dolor e inflamación en la zona vestibular del 36, endodonciado hacía cuatro años y que estaba fracturado, por lo que se procedió a su exodoncia.

A la exploración intraoral era llamativa la presencia en el suelo de la boca de una lesión blanquecina de aspecto homogéneo que no se desprendía al raspado y que a la palpación no presentaba induración ni ninguna otra sintomatología.

Durante los últimos cuatro días la paciente había realizado enjuagues con propoleo, un "antibiótico natural" compuesto por resinas, bálsamos, cera, polen y aceites aromáticos, con el fin de mitigar la inflamación y el dolor. Uno de los efectos secundarios derivados de la utilización del propoleo es según se indica en sus características "la irritación de la cavidad oral", lo que indujo a pensar que la lesión blanca del suelo de la boca podría estar causada por el propoleo ya que no existían otros factores predisponentes para la aparición de una leucoplasia. Se hizo un seguimiento y revisiones posteriores de la paciente, desapareciendo la lesión por sí sola al abandonar el uso del propoleo.

C. 15

Comportamiento de las lesiones orales en niños VIH+/SIDA bajo dos diferentes terapias antiretrovirales

Gaitan L, Martínez A, Cuairán V, Fragoso A, Leyva E, Avila C

Facultad de Odontología UNAM. Hospital Infantil de México Federico Gómez. Mexico DF. Mexico

Se ha reportado que pacientes adultos VIH+/SIDA bajo terapia antiretroviral alta-

mente activa (TAAA), que incluía inhibidores de proteasa de VIH-1, muestran disminución de las infecciones oportunistas, incluyendo las orales. Sin embargo se desconoce si pacientes pediátricos VIH+/SIDA bajo TAAA presentan esta misma situación. **Objetivo:** Establecer la prevalencia de lesiones orales en niños VIH+/SIDA sometidos a dos diferentes tipos de terapia antiretroviral.

Material y Métodos: 28 niños VIH+/SIDA, provenientes de la Clínica de Inmunodeficiencia del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", fueron incluidos en este estudio. Los niños estuvieron enrolados en un protocolo de terapia antiretroviral de tal forma que 6 pacientes estuvieron bajo tratamiento con AZT+3TC+Ritonavir; y 12 pacientes bajo tratamiento con DDI+D4T. Todos los pacientes fueron oralmente examinados al inicio, 6 y 12 meses de tratamiento, determinándose las prevalencias de lesiones orales. Análisis estadístico: X2, exacta de Fisher, X2 de Mantel-Haenszel para tendencias.

Resultados: En el grupo bajo AZT+3TC+Ritonavir: la prevalencia de lesiones orales al inicio del tratamiento fue 25%; a los 6 meses de tratamiento disminuyó a 12.5%, y a los 12 meses se obtuvo una prevalencia de 31.2%. En el Grupo DDI+D4T la prevalencia inicial de lesiones oral fue 41.6%; a los 6 meses aumentó a 50%; para disminuir a los 12 meses a 33.3%. X2 de Mantel-Haenszel = 4.3 (p 0.037). Independientemente de la terapia la lesión oral más comúnmente diagnosticada fue la Candidosis oral. El grupo bajo TAAA presentó promedio de lesiones orales x niño x observación de 0.270. En el grupo Doble terapia el promedio de lesiones orales x niño x observación fue de 0.555.

Conclusiones: Los pacientes pediátricos VIH+/SIDA sometidos a terapia antiretroviral que incluía un inhibidor de proteasas, aparentemente muestran disminución de sus lesiones orales.

Proyecto apoyado por el programa PAPIIT-DGAPA-UNAM IN214300

C. 16

Eficacia clínica de un antiherpético tóxico hecho a base de *Opuntia streptacantha*

Ortiz G, Gaitán L, Guevara I

Facultad de Odontología UNAM. Mexico DF. Mexico

Las lesiones herpéticas labiales son una manifestación de la infección por Virus Herpes Humano (VHH-1), siendo la enfer-

medad viral oral más común a nivel mundial. Actualmente el tratamiento de elección es a base de Aciclovir, o Famciclovir, siendo este tratamiento efectivo pero costoso. Una alternativa de tratamiento puede ser la medicina natural, específicamente la herbolaria. Estudios *in vitro* han mostrado que un extracto de *Opuntia streptacantha*, una variedad de nopal (cactus), presenta actividad antiviral por inhibición de la replicación de RNA VIH-1.

Objetivo: El principal objetivo de este trabajo es determinar el grado de eficacia clínica de la aplicación tópica labial de una crema labial hecha a base de *Opuntia streptacantha* al 35%.

Material y Métodos: 40 pacientes (25 mujeres y 15 varones; promedio de edad 33.6 años) con diagnóstico clínico de herpes simple labial recurrente, provenientes del Sector Salud y clínicas de la Facultad de Odontología, UNAM, fueron involucrados en este estudio. Todos los pacientes fueron examinados clínicamente determinándose el estadio clínico de la lesión herpética. Previo consentimiento informado y firmado, a todos los pacientes se les instruyó para que se aplicaran una pomada labial a base de *Op. streptacantha* al 35% en una base de vaselina, tres veces al día. Se registró diariamente el comportamiento de la crema labial a través de un cuestionario de autoaplicación utilizando para tal fin una escala de impresión global clínica de acuerdo a los siguientes valores: “he empeorado mucho”; “empeorado”; “sin mejoría”; “mejorado”; “muy mejorado”; y “no necesario por cese de la lesión clínica”. Se tomó como éxito clínico: mejorado, muy mejorado y no necesario. Se tomó como fracaso clínico: empeorado, muy empeorado y sin mejoría.

Resultados: El 95 % de los pacientes manifestó mejoría de su cuadro clínico, solamente se observaron dos fracasos clínicos. El 15% de los pacientes manifestaron ligero ardor en la primera aplicación. Nuestros resultados muestran que se alcanza el 100% de éxito clínico si se aplica la crema labial en la fase prodrómica. El máximo de eficacia clínica se observa al tercer día de aplicación. No se observaron casos de estomatitis venenata o de algún otro tipo de reacción alérgica o de hipersensibilidad.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que una pomada labial hecha a base de *Opuntia streptacantha* tiene una alta eficacia clínica como antiherpético, con un bajo índice de reacciones secundarias.

Proyecto Financiado por Golden Harvest, S.A.

C. 17 Cáncer bucal: conocimiento básico de la población en Costa Rica

Howard Mora M, Castillo Rios J

Facultad de Odontología. Universidad de Costa Rica. San José. Costa Rica

En esta investigación se identifican algunos de los conocimientos que tiene la población de Costa Rica sobre el cáncer bucal, así como su percepción sobre el papel del odontólogo en la prevención (primaria y secundaria) y diagnóstico precoz de la enfermedad (tamizaje del cáncer bucal).

Material y Métodos: El total de personas entrevistadas fue de 7768, de las cuales el 55% fueron mujeres. El 94% de las personas nació en Costa Rica. La edad promedio de los participantes era de 36 años. La distribución de edad, así como el grado de escolaridad de las personas entrevistadas, tienen características similares a las de la población costarricense.

La información fue recogida por medio de la entrevista directa, utilizando un cuestionario estructurado. Las entrevistas fueron realizadas al azar en supermercados, paradas de autobús, centros comerciales, parques y otros lugares del territorio nacional. Se consideraron las siguientes variables: edad, sexo, lugar de nacimiento, cantón de residencia, nivel educativo y ocupación.

Resultados: Se encontró que menos de la mitad (43%) de las personas había visitado al odontólogo en los últimos seis meses. Las personas de 50 años y más son las que menos acuden al odontólogo. La caries dental (76%) y la enfermedad periodontal (35%) fueron consideradas como las enfermedades que más afectaban la boca. Un 53% de la población mencionó alguna forma de prevención del cáncer bucal, aunque en muchas ocasiones esta era incorrecta.

Conclusiones: La población costarricense ha recibido poca información sobre el cáncer bucal. El odontólogo por lo general no realiza exámenes clínicos completos que le permitan diagnosticar precozmente el cáncer bucal. De acuerdo a la población únicamente a un 10% le han realizado un examen de cabeza y cuello, y tan solo un 9.7% reporta que su odontólogo le revisa otras partes de la boca además de los dientes y tejido periodontal.

C. 18 Comparative morphometric analysis between lichen planus and lichenoid reactions in oral mucosa

Lorena SCM, Jesús JMR, Callestini R, Oliveira DT, Consolaro A

Faculty of Dentistry of Bauru – USP. Brasil

Lichen planus (LP) and lichenoid reaction (LR) in oral mucosa are a mucocutaneous disease with similar microscopic aspect and make them difficult to distinguish in diagnostic routine stained sections.

Objective: The aim this study was to compare, through morphometric analysis, the macrophages, Langerhans cells, T-cells and B-cells in 20 specimen of oral lichen planus and 20 specimen of oral lichenoid reactions using the immunocytochemistry.

Material and Methods: The immunopathological pattern was evaluated using a standard streptavidin-biotin-peroxidase complex technique with the following specific monoclonal antibodies for these inflammatory cells. A few of specimen of LR to be associated with the inflammatory fibrous hyperplasia.

Results: The analysis showed significant statistical differences ($p < 0.05$) in the Langerhans cells density in LR when compared to LP. The differences in the medium number of macrophages, B lymphocytes and T lymphocytes were not significant ($p < 0.05$).

Conclusions: The results suggests that the two lesion could not distinguished for findings microscopical. Furthermore, the focal penetration of antigen probably to play a role in increase of local infiltration of Langerhans cells in the epithelium of oral mucosa

C. 19 Carcinoma escamoso basaloide de laringe. Análisis clinicopatológico de 19 casos

García Cano FJ, Ramalle E, Infante JC, Velázquez E, Aguirre JM

Complejo Hospitalario San Millán- San Pedro de Logroño.
Servicio de Epidemiología y Promoción de La Salud Gobierno de La Rioja.
Departamento de Estomatología. Facultad de Medicina y Odontología, UPV/EHU. Leioa. España

Objetivo: la variedad basaloide de los carcinomas escamosos (CEB) de laringe es una modalidad rara que afecta a menos

del 1 % de los carcinomas. Este tipo se ha asociado a un peor pronóstico. En este estudio analizamos las principales características clínico patológicas de estos tumores en nuestro medio.

Material y métodos: estudio de cohorte retrospectivo en el que se han revisado los tumores de laringe tratados en el Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de Logroño entre los años 1973 y 1996. De ellos se han identificado 19 de extirpe basaloide. Corresponden a varones con una edad media de 59,8 años. Se ha recogido un protocolo clínico que incluye datos generales, antecedentes epidemiológicos, antecedentes médicos, datos del tumor, tratamiento y evolución, y un protocolo histológico en el que se recogen datos del tumor y de las adenopatías cervicales. Los datos han sido analizados con el programa estadístico SPSS 6.1.2 para Windows.

Resultados: los CEB han representado el 13,9 % de nuestra serie. El tamaño tumoral medio ha sido de 8,07cms² y la velocidad de crecimiento medio de 3,65 cms²/mes. Se presentaron en estadios clínicos avanzados el 84,2%. Presentaban un grado de malignidad medio de 2,67. El porcentaje de recidiva fue de del 52,6 % y el de mortalidad del 52,6 %.

Conclusiones: el grupo de cánceres de laringe basaloideos analizados en nuestra serie muestran un mal pronóstico con un mayor tamaño, presentación en estadios clínicos avanzados en el momento del diagnóstico, una elevada velocidad de crecimiento, valores altos de grado de malignidad y elevados porcentajes de recidiva y mortalidad. Por ello estos tumores requieren tratamiento más agresivo y multidisciplinario.

Subvencionado por beca de investigación Consejería de Salud Gobierno de La Rioja (Resolución 77/1999)

C. 20

Evaluación cuantitativa de AgNORs en Queratoquistes odontogénicos

Piloni MJ, Keszler A, Itoiz ME

Cátedra de Anatomía Patológica, Facultad de Odontología. Universidad de Buenos Aires. Departamento de Radiobiología, C.N.E.A. Buenos Aires. Argentina

El recuento de Regiones Organizadoras del Nucleolo (AgNOR) en diversas neoplasias, ha sido comunicado como un método útil de diagnóstico complementario. También se ha demostrado la importancia del valor de la evaluación morfométrica de los mis-

mos, en la detección de alteraciones celulares incipientes. Estudios realizados por Schwint et al en epitelios adyacentes a Carcinomas de células escamosas evidenciaron variaciones significativas de AgNOR en ausencia de signos morfológicos de atipia.

Objetivo: realizar un análisis morfométrico de los AgNOR en queratoquistes (QQ) a fin de evaluar su utilidad como marcadores pronósticos en este tipo de lesiones.

Material y Métodos: De los archivos del Laboratorio de Patología Quirúrgica C.A.P, F.O, U.B.A. se seleccionaron los 3 casos disponibles de QQ con transformación a carcinoma de células escamosas y 8 casos de QQ solitarios (QQs) con fines comparativos. En cortes de rutina se evidenciaron AgNOR por impregnación argéntica según técnica de Howart et al (1989), modificado por Orrea et al (2000). En el primer grupo las medidas de AgNOR se realizaron en el epitelio quístico cercano a la zona de malignización (QQm) y en cordones carcinomatosos (CCa), el número de núcleos estudiados fue de 200 para cada caso. En el segundo grupo (QQs) se eligieron 4 zonas al azar. Analizándose 100 núcleos en cada caso. Los parámetros considerados para ambos grupos fueron los siguientes: Volumen Nuclear promedio (VNuc), Volumen AgNOR promedio (VNOR), Área total de AgNOR por Nucleo (VTNOR), Proporción de volumen Nuclear ocupada por AgNOR (VTNOR/VNuc), Número de AgNOR por Nucleo (nNOR), Índice de Contorno de AgNOR (ICNOR) e Índice de Contorno de Nucleo (ICNuc). La evaluación morfométrica fue realizada por análisis de imágenes (Analizador Kontron Zeiss) utilizando un programa confeccionado "ad hoc". Paralelamente en cortes coloreados con H/E, se evaluó la presencia de imágenes displásicas y/o atípicas y número de mitosis.

Resultados: Los resultados obtenidos en los parámetros VNOR, VTNOR, nNOR y VTNOR/VNuc, de los QQm arrojan valores intermedios entre los QQs y CCa. Las diferencias fueron significativas ($p=0.05$) entre QQs y QQm en todos los parámetros estudiados siendo VTNOR el más discriminativo.

Conclusiones: Dada la facilidad en el uso de esta técnica en material histopatológico de rutina, se propone su realización como ayuda diagnóstica y pronóstica en entidades quísticas, tal como ya se utiliza en entidades neoplásicas.

C. 21

Síndrome de Kindler: a propósito de un caso

Chimenos Küstner E, Fernández R, López J, Rodríguez de Rivera E

Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona. Barcelona. España

El síndrome de Kindler es una genodermatosis rara, que cursa con manifestaciones cutáneas y bucales. Existen unos 70 casos descritos en la literatura, si bien algunos de ellos parecen solaparse con otro raro síndrome, que recibe el nombre de Weary. Por esta razón, hay autores que prefieren denominar esta patología con el nombre compuesto de síndrome de Weary-Kindler. Las características cutáneas más relevantes son ampollas que aparecen ya en la etapa neonatal, poiquilodermia, fotosensibilidad y atrofia acral. En la cavidad bucal se han descrito pérdidas prematuras de dientes deciduos y permanentes, así como lesiones erosivas que afectan tanto a la encía adherida como a la mucosa de revestimiento.

Caso clínico: Paciente de 51 años, diagnosticada de síndrome de Kindler. Presenta una poiquilodermia congénita generalizada, con formación de ampollas y atrofia cutánea progresiva, con áreas de hipopigmentación, áreas de hiperpigmentación y áreas de atrofia. Fue perdiendo paulatinamente la dentición desde los 20 años de edad, lo que la obligó a llevar PPR superior e inferior, hasta que, unos 6 años atrás, al quedar casi completamente desdentada, se le inició un tratamiento de rehabilitación oral sobre implantes. Acude a la consulta odontológica por presentar boca seca y molestias al cepillado alrededor de los implantes, tanto en la arcada superior como en la inferior. A la exploración, se observa una retracción gingival moderada en torno a algunos implantes, con lesiones ampollares dolorosas al cepillado, así como lesiones blancas hiperqueratósicas de aspecto liquenoide, tanto en paladar duro como en mucosa yugal y suelo de boca. Existe también una queilitis angular bilateral. Se propone una pauta de hidratación y dieta vegetal abundante, así como enjuagues con vibracina + acetónido de triamcinolona y sustitutos salivales, que mejoran la sintomatología en un principio. En revisiones sucesivas se observan períodos de mejoría y otros de estabilidad en la semiología, sin grandes cambios en términos generales.

C. 22

Papel de los antioxidantes en Medicina Bucal

Jané E, Chimenos Küstner E, López J, Roselló X, González C

Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona. Barcelona. España

El cuerpo humano sufre constantemente los efectos de diversos agentes físicos (radiaciones ionizantes), químicos (polución ambiental, tabaco, ozono), toxicológicos (organofosforados, benzoquinonas) y farmacológicos (antibióticos, analgésicos, citostáticos), capaces de generar radicales libres (RL). Estos son producidos también en el propio organismo, cuando el oxígeno se transforma en agua en la cadena respiratoria, en la síntesis enzimática de prostaglandinas y leucotrienos, en la activación defensiva de fagocitos, etc. Cuando estos RL sobrepasan la capacidad antioxidante del organismo, atacan las células dañando las membranas celulares (peroxidación lipídica), pero también estructuras proteicas vitales como el ADN.

Los RL intervienen en multitud de procesos: arteriosclerosis, cáncer, enfermedades inflamatorias, colagenosis, enfermedades pulmonares, artritis reumatoide, cataratas, diabetes, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, envejecimiento y en todos los procesos agudos que produzcan un fenómeno de estrés oxidativo (pacientes críticos, politraumatizados, *shock*, intervenciones quirúrgicas, quemados, trasplantes y un largo etcétera).

Bajo condiciones fisiológicas normales, la célula se protege frente a esos RL mediante enzimas (catalasas, glutatión peroxidasa, superóxido dismutasa), vitaminas antioxidantes (E, C, carotenos), selenio (cofactor de la enzima glutatión peroxidasa) o secuestradores de metales (transferrina, lactoferrina, haptoglobina, hemopexina, ceruloplasmina y albúmina). Algunas de esas defensas, como las vitaminas, dependen casi exclusivamente de la ingestión de alimentos que contengan dichos antioxidantes.

Bajo estas premisas, es muy importante conocer la relación entre el consumo de ciertas vitaminas y oligoelementos y la aparición de enfermedades, así como otras normas de conducta dietética.

El objetivo de la presente comunicación es exponer las principales medidas alimentarias, encaminadas a prevenir la aparición o el desarrollo de diversas enfermedades inflamatorias, precancerosas y cáncer, desde la perspectiva de la Medicina Bucal.

C. 23

Juvenile rheumatoid arthritis and craniomandibular disorders: prevention and treatment

Bellintani C, Spadari F, Santoro F

Dental and Stomatological University Hospital. Milan. Italy

Objective: To prevent and to treat the progressive evolution of Juvenile Rheumatoid Arthritis, on craniofacial growth and morphology and above all on the temporomandibular joints. Involvement of the TMJ results from granulomatous alteration of the articular surface of the synovial membrane which leads to destruction of the underlying bone and to disability of the joints. Symptoms are characteristic of the TMJ dysfunction. Radiographic findings include narrowed joints spaces, flattened condyles, erosions, subchondral sclerosis, cysts and osteoporosis.

Materials and Methods: The study utilized clinical and radiographic data of 42 JRA patients aged 6 to 16 years old, 27 females 13 males; 29 with skeletal class II malocclusion. All with TMJ involvement almost all with typical "bird face" due to mandibular deficiency and post rotation growth. The Authors used a bimaxillary activator, suitably modified, to contrast the characteristic tendency to the post-rotation growth of the mandible. This free the joints reducing the load on the condyles, to preserve TMJ from proteolytic action of the enzymes released during chronic inflammation.

Results: Almost all JRA patients showed optimal long term results, with reduced seriousness of the skeletal discrepancy and with good restoration of TMJ function.

Conclusion: The result of this study indicate that orthopaedic functional therapy, though has not determined an inversion of the mandibular growth directionality, has controlled progressive evolution of the malocclusions in children affected by JRA preventing exacerbation of mandibular post rotation.

Conclusions: The Authors confirm the need and the importance of an early approach, followed by long term controls, to prevent severe arthritic deterioration of the TMJ.

C. 24

Prevalencia de patología médica oral en pacientes que acuden a una clínica universitaria

Díaz M, Iturbe C, Somacarrera Pérez ML, López A, Moreno LA

Departamento de Odontología. Patología Médica Bucofacial. Universidad Europea de Madrid CEES. Madrid. España

Se realiza un estudio acerca de la patología oral que se encuentra con mayor frecuencia entre los pacientes que acuden por primera vez a la Clínica Universitaria de la Universidad Europea de Madrid, durante el periodo comprendido entre Enero y Junio del año 2000.

Material y Métodos: La muestra de este estudio la constituyen 404 pacientes, de los cuales 244 eran mujeres y 160 hombres. Sus edades estaban comprendidas entre los 82 y los 3 años de vida, siendo el grupo etario predominante el comprendido entre los 20 y los 30 años de edad. A todos los paciente se les realizó una historia clínica exhaustiva y exploración completa de la cavidad oral.

Resultados: La mayoría de las lesiones fueron diagnosticadas durante la exploración y en ninguno de los casos constituía el motivo principal de consulta. Las variaciones no patológicas de la mucosa oral constituyen el grupo de lesiones orales de mayor prevalencia, seguidas de las lesiones blancas y discromías. Las lesiones originadas por virus y las lesiones ulcerativas fueron los hallazgos menos prevalentes en la exploración.

C. 25

Características epidemiológicas de la infección por *Candida albicans*

Iturbe C, Díaz M, López A, Moreno LA, Somacarrera Pérez ML

Departamento Odontología. Patología Médica Bucofacial. Universidad Europea de Madrid CEES. Madrid. España

La infección por *Candida albicans* es una de las patologías que con mayor frecuencia se observa en la exploración de la cavidad oral, especialmente en pacientes portadores de prótesis y con mala higiene.

Objetivo: conocer la prevalencia y características epidemiológicas de los pacientes que presentan infección por *Candida albicans*.

Material y Métodos: Se realiza un estudio sobre 404 pacientes que han acudido a la Clínica Universitaria de la Universidad Europea de Madrid durante el periodo comprendido entre Enero y Junio del año 2000. A todos los pacientes se les realizó una historia clínica exhaustiva y exploración completa de la cavidad oral.

Resultados: De los 404 pacientes, 17 fueron diagnosticados de infección por *Candida albicans*. De esos 17 pacientes, 13 eran mujeres y 3 hombres, cuya edad media era de 59 y 54 años respectivamente. De los 17 pacientes, 7 eran porta-

dores de prótesis y todos ellos eran mujeres. Respecto a la patología médica asociada, uno de ellos presentaba infección por VIH, 4 presentaban hepatitis, 5 padecían diabetes y 3 presentaban HTA.

C. 26

Anomalías dentarias en niños tratados con terapia antineoplásica en Bizkaia

Alapont M, Navajas A, Rodríguez C, Aguirre JM

Departamento de Pediatría. Oncología Infantil. Hospital de Cruces. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Departamento de Estomatología. Universidad del País Vasco EHU. Cruces. Leioa. España

Objetivo: Conocer la frecuencia y los tipos de alteraciones del desarrollo dental en pacientes que fueron diagnosticados y tratados con quimioterapia y/o radioterapia antes de los 10 años de edad, en nuestro medio.

Material y métodos: Se seleccionaron 52 pacientes con enfermedad neoplásica que ingresaron en la Unidad de Oncología Infantil del Hospital de Cruces entre 1980 y 1993, de los cuales 21 eran varones (40,3%) y 31 mujeres (59,6%). Los criterios de selección fueron: diagnosticados de enfermedad neoplásica y comenzado el tratamiento con QT y/o RT antes de los 10 años de edad, y haber transcurrido al menos 5 años después del diagnóstico. En todos los casos se formalizó un protocolo, se realizó una ortopantomografía y una exploración oral. Evaluamos tanto clínica como radiológicamente la presencia de caries, alteraciones radiculares, alteraciones en el desarrollo del esmalte, microdoncias y agenesias.

Resultados: El 53,8% desarrollo anormalidades dentales que comprendían raíces cortas (15,3%), ausencia total de formación radicular (1,9%), alteraciones del desarrollo del esmalte (3,8%), microdoncias (15,3%) y agenesias (48,0%). Se observó caries excesiva en el 34,6% de los pacientes.

Conclusiones: En nuestro medio, los niños tratados con terapia antineoplásica antes de los 10 años, tienen un riesgo elevado de presentar alteraciones del desarrollo dental. Estas anomalías requieren una atención odontológica apropiada que incluya un protocolo de cuidados orales antes, durante y después del tratamiento.

C. 27

Ultrastructure of intramuscular capillaries in dental technicians exposed to mercury vapours

Nadorfy-López E, Finol HJ

Faculties of Dentistry and Science. Central University of Venezuela. Caracas. Venezuela.

Objective: Scarce information is found about ultrastructural alterations of skeletal muscle in patients affected by mercury vapours, damage which occurs concomitantly with those reported for central nervous system and kidney. In the present work we describe alterations of microvasculature in patients intoxicated by mercury vapours.

Material and Methods: Percutaneous biopsies of quadriceps femoris muscle were obtained from dental technicians exposed to mercury vapours who presented clinical symptoms of chronic hydrargirism. Biopsies were processed by routine techniques for electron microscopy and observed in a Hitachi H-500 transmission electron microscope at an accelerating voltage of 100kV.

Results: Intramuscular capillary alterations consisted of appearance of endothelial infoldings into the lumen, large and hyperchromatic nuclei and abundant rough endoplasmic reticulum cisternae. In these capillaries endothelial wall was narrowed and showed myelin-like figures. Additionally some capillaries presented an occluded lumen and a widened basement membrane. Other capillaries looked degenerated and with few pinocytotic vesicles.

Conclusions: Our results suggest that some of described alterations of skeletal muscle from patients intoxicated by mercury vapours could be provoked by microvasculature.

C. 28

Ultrastructural pathology of lip orbicular muscle in HIV patients

Ibarra GC, Tovar V, Nadorfy-López E, Del Valle SC, Finol HJ

Dentistry and Sciences Faculties. Central University of Venezuela. Caracas. Venezuela

Objective: Skeletal muscle ultrastructural alterations provoked by motor nerve and endplate damage in HIV patients are well known in the etiology of these alterations have implicated either a neurologic damage or concomitant neurologic and autoimmune components. Scarce informa-

tion exist in relation to possible ultrastructural alterations in muscle of cranial innervation from HIV-patients. In the present work we describe ultrastructural abnormalities formed in the orbicularis oris muscle of seropositive HIV patients.

Material and methods: Six seropositive HIV patients attending in the Infections Diseases Unit of Dentistry Faculty were studied. Biopsies from the orbicularis oris muscle were processed by conventional techniques for transmission electron microscopy and observed in a Hitachi H-7100 electron microscope at an accelerating voltage of 75kV.

Results: Muscle atrophy was present varying from slight to severe. It was found a decrease of contractile and sarcotubular elements and the presence of pleomorphic and electrodense mitochondria. In some sections it was appreciated hypercontraction and segmental necrosis. Both atrophic and necrotizing fibers showed an increase of collagen fibrils, widening of basement membrane and folding of sarcolemma. Concomitantly with mentioned alterations we found capillary abnormalities consisting of irregular widening an electron density of endothelial wall, swelling of mitochondria, cytoplasmic vacuolation, widened basement membrane, abundant collagen fibrils and the presence of a mononuclear cell infiltrate represented by macrophages.

Conclusions: Our results could suggest that in the etiology of observed ultrastructural skeletal muscle alterations of HIV patients could be found there components as follows: neurogenic, microvascular and autoimmune.

C. 29

Determinación de pH salival y cultivo en pacientes con Candidiasis bucal en pacientes con y sin VIH/SIDA

Sánchez V LO, Franco MF, Pérez RP, Romo GJ, Corona I FP, Hidalgo LH

Area de Microbiología. Laboratorio de Patología Experimental de la Unidad de Investigación de la Facultad de Odontología. Universidad Nacional Autónoma de México. Departamento de Estomatología del Hospital General de México. Unidad de Infectología del Hospital General de México. Mexico

Objetivo. El objetivo de éste trabajo fue determinar el pH salival que tienen los pacientes con candidiasis bucal con y sin VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana)/SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) y un grupo control determinando si las variaciones o cambios de éste influyen en el desarrollo de la

enfermedad, se compararon las mediciones de pH de los tres grupos de pacientes; se determinaron las diferencias en el pH con respecto al grupo de estudio, al tipo de candidiasis, la especie aislada y otras enfermedades presentes.

Material y Métodos. La muestra se conformó de 120 pacientes en tres grupos: 40 con candidiasis bucal y VIH-SIDA, 40 con candidiasis bucal sin VIH/SIDA y 40 grupo control, se les realizó un cuestionario de datos clínicos y firmaron una hoja de consentimiento informado, dichos pacientes fueron los que acuden a la unidad de Infectología del Hospital General de México y a la Facultad de Odontología de la UNAM. De cada grupo de pacientes se obtuvo una muestra de saliva no estimulada en un volumen de 2 ml., a la cual se le realizó la medición inmediata del pH y posteriormente se cultivo mediante el método de diluciones de 10^{-1} a 10^{-5} y vaciado en placas de agar dextrosa Sabouraud y la determinación de la especie de *Candida* mediante el sistema API 20 C AUX. El análisis estadístico y de resultados se realizó con el paquete estadístico SPSS 8.0, se calculó media, mediana, moda, desviación estándar, varianza y ANOVA.

Resultados. De los 40 pacientes con VIH/SIDA, 35 varones y 5 mujeres, con una edad media de 34 años, presentaron un pH medio de 6.17, con la prevalencia de la especie *C. albicans* tipo I (87.5%) y candidiasis pseudomembranosa en un 85% afectando principalmente la lengua en un 75%. En los 40 pacientes VIH negativos, 5 varones y 35 mujeres con una edad media de 60 años y en su mayoría portadores de dentaduras (90%), presentaron un pH medio de 6.29, con la prevalencia de la especie *C. albicans* tipo I (42.5%) y candidiasis eritematosa en un 75% afectando principalmente al paladar en un 70%. El grupo control, presentó un pH medio de 6.78. Encontrándose una diferencia estadísticamente significativa entre los valores de pH de los tres grupos de estudio con una $F=15.45$ ($p<0.01$).

Conclusiones: El desarrollo de *Candida* se ve favorecido por valores de pH ácidos, ya que se observó más acidez en la saliva de pacientes VIH/SIDA, seguida de los pacientes VIH negativos portadores de dentaduras. En pacientes con VIH-SIDA los factores predisponentes más significativos son inmunosupresión (37 casos), antibióticoterapia (30 casos), mala higiene (28 casos), anemia (25 casos), leucoplasia (11 casos) y diabetes (3 casos). Se concluye que el pH de la saliva con valores ácidos favorece de manera importante el crecimiento de *Candida*. En especial de las especies *C. albicans* y *C. glabrata* y los

tipos clínicos pseudomembranosa y eritematosa.

C. 30 La fiebre Aftosa: ántropozoonosis con manifestaciones orales

Viñals Iglesias H, Ferre J

Medicina Bucal. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España

En el año 2001 la Unión Europea ha sufrido una epizootia de Fiebre Aftosa (FA), que ha motivado el sacrificio de más de dos millones de animales. Por su relevancia político-económica se la considera como la enfermedad animal más importantes del mundo. El hombre es un huésped incidental que rara vez se infecta y enferma; la FA puede ocasionar en el ser humano lesiones vesículo-ulcerativas en la mucosa oral y también en las palmas de las manos y plantas de los pies.

Esta comunicación revisa las manifestaciones orales de la FA, establece el diagnóstico diferencial con otras enfermedades vesiculares en el hombre y resume los casos publicados hasta la fecha.

La FA debe diferenciarse de otras enfermedades víricas, especialmente las ocasionadas por enterovirus que presentan una nomenclatura o una clínica similar.

A lo largo de la historia se ha aislado y tipificado el aphtovirus en más de 40 enfermos. En el brote actual de FA del Reino Unido –a fecha de Mayo del 2001– se han detectado 7 posibles nuevos casos de FA, pendientes de confirmación, que podrían ser los primeros británicos en 35 años que hayan podido contraer la enfermedad. Por su actualidad, conviene conocer esta entidad, sus manifestaciones orales en el hombre y no debe ser confundida con otras enfermedades víricas vesiculares.

C. 31 Incidencia de la Osteoporosis en relación a la enfermedad periodontal

Caballero J, Goberna B, Martínez-Sahuquillo A, Bullón P, Gómez de Tejada MJ

Departamento de Estomatología. Facultad de Odontología de Sevilla. Sevilla. España

La osteoporosis es un problema, que está viendo incrementada su incidencia, y se presenta mayoritariamente en personas de

edades avanzadas, al igual que la enfermedad periodontal. Esta última podría verse agravada, favorecida o acelerada por un estado osteoporótico, puesto que el hecho fundamental de los dos es una pérdida de masa ósea.

Objetivo: Buscar la posible relación entre ambos procesos.

Material y Métodos: Hemos trabajado sobre una muestra de 86 mujeres postmenopáusicas escogidas aleatoriamente, a las que se les realizó el estudio del estado óseo mediante densitometría de columna lumbar. Seguidamente se les hizo un estudio oral con especial atención al estado periodoncial, tomando seis medidas de sondaje e índices de sangrado por diente.

Resultados: comprobamos que más del 52% tenían el índice de densidad ósea por debajo de lo considerado normal, y que el 60.5% presentaba enfermedad periodontal. Sin embargo no solo no hemos encontrado relación entre ambas entidades, sino que nos parece una tendencia inversa. Tampoco observamos relación entre menores resultados en la densitometría y mayores pérdidas de dientes como sugieren otros autores. Sin embargo, parece haber mayor actividad periodontal en aquel grupo cuyos índices densitométricos son ligeramente bajos, sin llegar a poder ser definido como osteoporosis, es decir osteopénicas. Este sector de pacientes rompía las tendencias observadas entre normales y osteopóricas.

Concluimos que debíamos aumentar la muestra para comprobar si los resultados se mantienen.

C. 32 Síndrome de boca ardiente: asociación con xerostomía, consumo de medicamentos y condiciones psicológicas

Marqués Soares MS, Chimenos Küstner E, Rodríguez de Rivera E

Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona. Barcelona. España

Objetivo: Analizar la asociación entre xerostomía, consumo de medicamentos y condiciones psicológicas en pacientes con síndrome de boca ardiente, comparando con un grupo control.

Material y Métodos: Se realiza la selección de 21 pacientes con síndrome de boca ardiente y un grupo control, entre los pacientes que acuden a la Clínica Odontológica de la Facultad de Odontología (UB). Se valoran los estados de depresión y ansiedad aplicándose los

cuestionarios de Beck. Se recoge la saliva en reposo y estimulada de cada paciente y se considera el paciente con xerostomía subjetiva cuando contesta afirmativamente a la pregunta “¿Nota normalmente su boca seca?”. Se registran los medicamentos que toma cada paciente, clasificándose de acuerdo con su función y potencial xerostomizante.

Resultados: En el grupo con SBA el 87% de los pacientes eran mujeres y la edad media fue de 64 años. El 85% de los pacientes de este grupo presentaba xerostomía frente al 47% de los del grupo control y en ambos grupos se observa significativa reducción del flujo salival en reposo. 100% de los pacientes con SBA y el 86% del grupo control tomaba uno o más medicamentos, con un promedio de 4,4 fármacos por persona entre los pacientes con SBA y de 1,9 entre los pacientes control. Las categorías de medicamentos más empleadas por los pacientes del grupo de estudio eran los neurolépticos (65%), del aparato cardiovascular (60%), del aparato digestivo (45%), hipotensores (35%) y analgésicos (35%). Los medicamentos más consumidos por los pacientes control eran del aparato cardiovascular (28%), analgésicos (28%), neurolépticos (22%) y del aparato digestivo (22%). El 81% de los pacientes con SBA y el 46% de los control presentaban ansiedad y/o depresión. El 76% de los pacientes con SBA presentaba solo ansiedad frente al 41% del grupo control.

Conclusiones: 1) La xerostomía es un síntoma muy frecuente entre los pacientes con SBA; 2) Se observa reducción del flujo salival en reposo entre el paciente con SBA, pero no es significativa cuando se compara con el control; 3) Los pacientes con SBA consumen más del doble de fármacos que los pacientes del grupo control, lo que supone una diferencia significativa 4) Los pacientes con SBA presentan mayor tendencia a la ansiedad que los del grupo control.

C. 33 Síndrome de Rendu-Osler-Weber con lesión en mucosa oral

Rodríguez de Rivera E, Marqués Soares MS, Chimenos Küstner E

Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona. Barcelona. España

La Telangiectasia hemorrágica hereditaria o síndrome de Rendu-Osler-Weber es una enfermedad genética rara, clasificada como un síndrome neurocutáneo con predominio de alteraciones vasculares y hallazgos neurológicos tipo crisis epilépticas, hemipare-

sias transitorias, apraxia y agnosia. Se caracteriza clínicamente por múltiples telangiectasias en piel, mucosas y órganos internos. Las lesiones frecuentemente aparecen en las regiones acrales de las manos y pies, en la cara, pabellones auriculares, nariz, mucosa oral, conjuntival y nasal. La evolución de las telangiectasias conlleva la formación de fístulas arteriovenosas en pulmón, hígado y cerebro. La afectación de la piel peribucal es patognomónica y las lesiones orales se presentan más frecuentemente en los labios y lengua. En cuanto al tratamiento de las telangiectasias se ha empleado la cauterización química, la electrocauterización y el láser. En los casos más graves, se ha empleado la ligadura de vasos o la embolización selectiva para suprimir la comunicación arteriovenosa y evitar hemorragias importantes.

Caso clínico: Mujer de 51 años que acudió para tratamiento odontológico, relata episodios de epistaxis abundantes casi a diario, que en algunos casos ha requerido la ingesta de antifibrinolítico. En los antecedentes familiares destaca la presencia de episodios hemorrágicos y lesiones vasculares cutáneas en la hermana de la paciente. El examen físico en la paciente reveló múltiples telangiectasias en la piel de la cara, labios, mucosa yugal, paladar y lengua. La confluencia de los hallazgos de epistaxis recurrentes, múltiples telangiectasias, anemia y antecedente familiar nos condujo al diagnóstico de síndrome de Rendu-Osler-Weber.

Conclusiones: La importancia del conocimiento de esta enfermedad por parte del dentista reside en que la telangiectasia bucal puede ser la primera manifestación de la enfermedad y la mucosa bucal un lugar de frecuentes hemorragias. Así mismo hay que tener en cuenta que los episodios hemorrágicos en este síndrome ocurren a pesar de que el paciente presente el tiempo de protrombina (TP), el tiempo de tromboplastina parcial (TTP), el tiempo de sangrado y el tiempo de coagulación dentro de los patrones de normalidad.

C. 34 Situación de la candidiasis oral en pacientes HIV (+) en el año 2001

Ramos MC, Ceballos A, González Moles MA, Martínez Lara I

Medicina Bucal. Facultad de Odontología. Universidad de Granada. Granada. España

Objetivo: Dada la variación actual de la patología relacionada con el SIDA, propo-

nemos el estudio de la presencia de diferentes especies de *Candida* en boca, y la aparición de patologías producida por las mismas en pacientes HIV (+) según su carga viral, niveles de CD4 y tratamiento aplicado.

Material y métodos: Se realiza el estudio de 100 pacientes HIV(+) procedentes de la consulta de infecciosos del servicio de Medicina Interna del Hospital Carlos Haya de Málaga. A dichos pacientes se les hace un pequeño cuestionario sobre hábitos, vía de contagio y tiempo del mismo, tratamiento. Y se recogen los datos de su carga viral y niveles de linfocitos CD4. Se realiza igualmente un doble cultivo en medio de Sabouraud-cloranfenicol, y en placas *Candida* ID de la marca Biomeriux, con lectura a las 24, 48 y 72 horas.

Resultados-Conclusiones: La presencia de candidiasis oral ha variado considerablemente con relación a las cifras de CD4 de los pacientes HIV(+). Salvo en casos muy particulares en donde la carga viral es elevada, en pacientes que no han comenzado tratamiento o que no pueden realizarlo, la presencia de patología por *Candida* es leve o muy leve, y los cultivos aparecen negativos.

C. 35 Criocirugía en las lesiones orales

López Jornet P, Bermejo Fenoll A, Sánchez Siles M

Clínica Odontológica Universitaria. Medicina Bucal. Universidad de Murcia. Murcia. España

Objetivo: La criocirugía como método terapéutico de las lesiones orales

Material y Método: Varias técnicas se pueden aplicar bien por contacto directo mediante sondas de diferente forma y tamaño o con atomizador. El nitrógeno líquido es el agente congelante preferido. La crioterapia se utiliza sola o asociada a otros métodos en los tratamientos de lesiones orales como leucoplasia, hiperplasia papilar, liquen plano, mucocelos, granuloma teleangiectásico.

Resultados: Nuestra experiencia y la revisión de la literatura muestra que la criocirugía es una técnica útil y efectiva en el tratamiento de las lesiones orales. La mucosa oral por sus características de humedad y consistencia constituye un sitio idóneo para su aplicación. El frío produce un efecto hemostático lo que permite trabajar con visibilidad de campo. Con este procedimiento los resultados son estéticos.

cos y puede ser una alternativa opcional a otro tipo de tratamientos.

Conclusiones: La criocirugía es una técnica ambulatoria de fácil y rápida utilización para el tratamiento de las lesiones orales, con muy buena cicatrización, baja tasa de recurrencia, escasos efectos secundarios y complicaciones además de resultar de coste bajo por tratamiento

C. 36

Relación entre índices periodontales-condición inmunológica y tratamiento antirretroviral en pacientes VIH (+)

Brito Arteaga AV, Correnti M, Escalona L, Bravo IM, Tovar V, Perrone M

Maestría en Medicina Estomatológica, Servicio de Enfermedades Infectocontagiosas "Dra. Elsa La Corte", Instituto de Investigaciones Odontológicas "Raúl Vincentelli", Instituto de Oncología y Hematología, Cátedra de Periodoncia de la Universidad Central de Venezuela. Venezuela

Los cambios inmunológicos producidos por la infección del virus de inmunodeficiencia humana se traducen en una inmunosupresión causada por la pérdida progresiva de linfocitos T CD4+. Por esta razón, la habilidad del sistema inmune se encuentra alterada para responder a la presencia de infecciones, incluyendo la enfermedad periodontal. Formas severas e inusuales de patologías periodontales han sido reportadas en este grupo de pacientes.

Objetivo: El propósito de este estudio fue evaluar la relación entre los parámetros clínicos periodontales y el conteo de células T CD4+ en pacientes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana con y sin tratamiento antirretroviral.

Materiales y Métodos: La población a estudiar incluyó un grupo de 19 pacientes VIH+ que acudieron al Servicio de Enfermedades Infectocontagiosas de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, con o sin tratamiento antirretroviral, a los cuales se les realizó el examen periodontal para determinar el índice de placa, profundidad al sondaje y sangramiento al sondaje, utilizando los índices de Silness y Loe (1964 y 1967 respectivamente), y el conteo de la subpoblación de linfocitos CD4+ por citometría de flujo.

Resultados: El 81% de los pacientes presentaron un conteo de linfocitos CD4+ inferior a 200cel/mm³. En el 70% se observó placa detectable con el instrumento, pero sólo el 12% de los pacientes

la placa era detectable a simple vista. Con respecto al índice gingival, el 18% no presentó signos de inflamación, en el 70% se observó sangramiento al sondaje y el 12% sangramiento espontáneo. Esto indica que el 82% de los pacientes presentó algún tipo de inflamación gingival el cual se correlacionó directamente con el índice de placa. El 68% de los pacientes se encuentra bajo tratamiento antirretroviral y al evaluar sus parámetros periodontales se encontró que existe una relación directa entre la severidad de la inflamación gingival y la profundidad al sondaje entre los pacientes no tratados y los que reciben terapia antirretroviral.

Conclusión: Los resultados reportados en este estudio muestran, que a pesar de encontrarnos ante una población de pacientes inmunosuprimidos no se observó enfermedad periodontal avanzada, sino un predominio de inflamación gingival moderada relacionado directamente al uso de drogas antirretrovirales.

C. 37

Análisis inmunohistoquímico de p53 y Ki-67 en el carcinoma de células escamosas basaloide de laringe

Rodríguez MJ, García Cano FJ, Velázquez E, Infante JC, Aguirre JM

Departamento de Estomatología. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad del País Vasco / EHU. Leioa. Servicio de ORL. Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario San Millán San Pedro. Logroño. La Rioja. España

Objetivo: La determinación inmunohistoquímica de p53 y Ki-67 se ha utilizado como parámetro pronóstico en el cáncer. El tipo basaloide es una variante agresiva del carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello. El objetivo de este trabajo es estudiar la relación entre los marcadores p53 y Ki-67 y los diferentes parámetros clinicopatológicos en este tipo de tumor de la laringe.

Material y Métodos: Se estudian 11 casos recogidos en el Complejo Hospitalario San Millán San Pedro de La Rioja., todos varones con una edad media de 59,9 años (46-75 años). Se realizó un análisis clínico e histológico siguiendo un protocolo previamente diseñado y se practicó el análisis inmunohistoquímico a partir de secciones desparafinadas, utilizando el sistema de visualización estrepto-avidina peroxidasa, y los anticuerpos p53 (DO-7 DAKO®) y Ki-67 (MIB-1 DAKO®). Se realizó una valoración cuantitativa en porcentajes y un análisis estadístico descriptivo.

Resultados: La positividad para p53 se observó en 9 casos (81,8%), todos ellos con un porcentaje $\geq 70\%$. La positividad para Ki-67 fue del 100% presentando el 63,6% una positividad $>50\%$. De los 3 pacientes que no presentan recidiva y superviven 2 son p53 (-). El valor medio del grado de malignidad es de 2,7. El 83,3% de los casos están por encima de este valor y también presenta positividad alta para Ki-67. Los 3 pacientes que no presentan recidiva y superviven tienen los valores del grado de malignidad más bajo y a 2 de ellos le corresponden los valores de Ki-67 bajos.

Conclusiones: El análisis inmunohistoquímico estaría relacionado con la agresividad del carcinoma basaloide de células escamosas de laringe.

Este trabajo ha sido realizado con financiación de la Universidad del País Vasco EHU código 9/UPV/EHU 00095.327-12086/2000.

C. 38

Análisis inmunohistoquímico de p53 y Ki-67 en el carcinoma oral de células escamosas

Rodríguez MJ, Videgain J, Aguirregaviria JI, Rezola R, Aguirre JM

Medicina Bucal. Laboratorio de Patología Bucal y Maxilofacial. Departamento de Estomatología. Universidad del País Vasco EHU. Leioa. Servicio de ORL. Servicio de Anatomía Patológica. Instituto Oncológico de Guipúzcoa. Donostia. San Sebastián.

Objetivo: La determinación inmunohistoquímica de p53 y Ki-67 se ha utilizado como parámetro pronóstico en el cáncer. En este estudio inicial tratamos de conocer la presencia de estas proteínas del ciclo celular en el carcinoma oral de células escamosas (COCE) y su relación con los parámetros clinicopatológicos.

Material y métodos: Hemos estudiado 12 casos de COCE atendidos en el Instituto Oncológico de Guipúzcoa, correspondientes a 9 hombres y 3 mujeres, con una edad media de 53,4 años (34-76años). Se realizó el estudio inmunohistoquímico a partir de secciones desparafinadas, utilizando el sistema de visualización estrepto-avidina peroxidasa. Los anticuerpos fueron p53 (DO-7 DAKO®) y Ki-67 (policlonal DAKO®). Se realizó una valoración cuantitativa en porcentajes y un análisis estadístico descriptivo.

Resultados: La positividad para p53 se reconoció en 9 casos (75%). Se observó positividad para el Ki-67 en 11 casos (91,6%). Un 80% de los COCE indiferencia-

dos mostraban un p53 (+) > 50% de las células, frente a un 42.8% de los bien diferenciados. Un 60% de los COCE indiferenciados presentaban un Ki-67 (+) > 15% frente al 42.8% de los bien diferenciados. No hemos reconocido una relación entre la positividad para p53 y Ki-67.

Conclusiones: Nuestros datos sugieren que la sobreexpresión del p53 y Ki-67 estaría relacionada con la indiferenciación tumoral. No parece existir otra relación entre ambos marcadores y otros parámetros como el índice mitótico, el pleomorfismo o la inflamación.

Este trabajo ha sido realizado con financiación de la Universidad del País Vasco EHU código 9/UPV/EHU 00095.327-12086/2000.

C. 39

Pyostomatitis vegetans: manifestación bucal de la colitis ulcerosa. Presentación de dos casos clínicos

Ruíz Roca JA, Berini Aytés L,
Gay Escoda C

*Máster de Cirugía e Implantología Bucal.
Facultad de Odontología. Universidad de
Barcelona. Barcelona. España*

La pyostomatitis vegetans es una lesión inflamatoria rara. Hasta 1999 sólo han sido descritos 39 casos en la literatura científica. Su etiología es desconocida, aunque la mayoría de las veces constituye la manifestación de una enfermedad sistémica, fundamentalmente intestinal, pudiendo precederla o aparecer de manera simultánea.

Se caracteriza por múltiples abscesos bucofaciales y erosiones superficiales de la mucosa bucal, de superficie amarillo-lechosa y friable. Es de evolución crónica. Las lesiones se localizan preferentemente en la cara y/o cavidad bucal, aunque puede presentarse en otras partes del organismo.

En esta comunicación se describe la clínica de dos nuevos casos de pyostomatitis vegetans asociados a la colitis ulcerosa, uno de con manifestaciones en la cara y en el cuero cabelludo, así como su tratamiento y el estudio anatomopatológico de la muestra biopsiada. En el estudio histológico se evidenció ulceración y necrosis epitelial superficial, hiperqueratosis y acantosis, un infiltrado inflamatorio compuesto por neutrófilos y eosinófilos y abscesos superficiales de la lamina propia que se extendían hasta las regiones parabasales del epitelio suprayacente. De

acuerdo con la clínica y los datos histológicos deberá efectuarse el diagnóstico diferencial con otras entidades nosológicas entre las que destacaremos el pénfigo vegetante de Newman, variante del pénfigo vulgar, de etiología autoinmune.

En la literatura se han propuesto diversos tipos de tratamiento que van desde una mezcla de tetraciclina y triamcinolona hasta propionato de clobetasol al 0,05% mezclado al 1:1 con Orabase, ambos de aplicación tópica.

No obstante, la base del tratamiento de estas enfermedades mucocutáneas radica en el control de la enfermedad intestinal, en caso que hubiere y que ésta estuviese en fase activa.

C. 40

Características epidemiológicas de la estomatitis nicotínica palatina

Molina Gómez AM, Santos Navarro I,
Somacarrera Pérez ML, López A,
Moreno LA

*Facultad CC de la Salud. Universidad Europea
CEES. Madrid. España*

La placa nicotínica o “placa del fumador” es una lesión que forma parte de las alteraciones de la mucosa bucal relacionadas con el tabaquismo intenso. Es una alteración reversible si se interrumpe a tiempo el hábito de fumar. Se han publicado índices de prevalencia del 1 al 2% en muestras de población caucásica que están directamente en relación con la frecuencia y la intensidad del tabaquismo.

Objetivo: Conocer la prevalencia y la epidemiología de los pacientes que presentan palatitis nicotínica.

Material y Métodos: Se realiza un estudio sobre 404 pacientes que han acudido a la clínica universitaria de la U.E.M durante el periodo comprendido entre Enero y Junio del año 2000. A todos los pacientes se les realizó una historia clínica completa y exploración de la cavidad oral.

Resultados: De los 404 pacientes, 20 fueron diagnosticados de palatitis nicotínica.

Nos llama la atención el haber encontrado la misma prevalencia en hombres como en mujeres y la edad media tan baja que presentan nuestros pacientes, 32 años en hombres y 38 en las mujeres. Esto podría ser reflejo de los cambios en el hábito de fumar, comienzo temprano y la incorporación de la mujer a dicho hábito.

Conclusiones: Aunque el comportamiento de éste cuadro suele ser benigno, la identificación de áreas de estomatitis nicotínica en paladar, puede ser útil en la informa-

ción al paciente sobre los riesgos del tabaco. Es importante diferenciar la palatitis nicotínica de la leucoplasia del paladar, frecuente en pacientes que fuman con el cigarrillo invertido, ya que esta lesión si puede comportar riesgo de displasia y carcinoma.

C. 41

Estudio epidemiológico de las discromías de pacientes de una Clínica Universitaria

Santos Navarro I, Molina Gómez AM,
Somacarrera Pérez ML, López A,
Moreno LA

*Facultad CC de la Salud. Universidad Europea
CEES. Madrid. España*

Entendemos por discromías de la mucosa, aquellos procesos cuya característica clínica sea el cambio de coloración o, dicho de otro modo, los que siempre, debido al proceso etiopatogénico básico, que les induce a manifestarse, se presentan clínicamente con una modificación en la coloración que es la característica “princeps” del mismo, obedeciendo además a factores etiológicos de muy diferente origen.

Objetivo: Estudiar las discromías de la mucosa oral en nuestro medio

Material y Métodos: Pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Universitaria de la Universidad Europea de Madrid, durante un periodo comprendido entre Enero y Junio del año 2000. De todas las discromías existentes, hemos estudiado las siguientes en los pacientes de la clínica universitaria: equimosis, máculas, melanosos, Petequias y tatuajes.

Resultados: De los pacientes estudiados, 89 presentaban lesiones de cambio de coloración, y de éstos 52 eran mujeres y 37 hombres. A todos ellos se les realizó una historia clínica completa y una exploración detallada de la cavidad oral. En ningún caso, el motivo de consulta de los pacientes eran las discromías, sino que fue un hallazgo casual con motivo de la exploración intraoral. Dentro de éstas, las discromías más frecuentes fueron las melanosos con un 58 %, seguidas de las Petequias con un 28 %, y el resto con un 8 %. Las lesiones de origen melánico son las más frecuentes dentro del territorio oral y pueden ser consecuencia de aumento de melanina en el interior del melanocito o bien de aumento del número de células melánicas.

Se encuentran repartidas entre un 63 % en mujeres y un 37 % en hombre. Los interva-

los de edad más frecuentes de presentación de estas discromías está entre 20-30 años tanto en mujeres como en hombres. La localización más frecuente de este tipo de discromías son los labios y la encía insertada. Las lesiones de origen hemoglobínico: De este tipo de lesiones hemos tomado las petequias y las equimosis, las cuales están producidas por hemorragias subcutáneas y aparecen como lesiones rojizas de consistencia normal, múltiples o puntiformes (petequias) o bien como áreas más extensas o difusas (equimosis). Se presentan en un 62 % en mujeres y en un 38 % en hombres. Los intervalos de edad más frecuentes de presentación de estas lesiones son entre 50-70 años en mujeres y entre 40-50 años en hombres. Las zonas de localización de estas discromías son con mayor frecuencia la mucosa yugal seguidas del suelo de la boca y labios, y con un porcentaje muy bajo encía, paladar y lengua.

C. 42

Macroqueilia debida a una hiperplasia linfoangiomatosa

López Sánchez AF, Somacarrera Pérez ML, Moreno LA

Facultad de CC. de la Salud. Universidad Europea CEES. Madrid. España

Las macroqueilias constituyen un amplio grupo de procesos patológicos congénitos o adquiridos, no muy frecuentes, que cursan de forma aguda o crónica con un aumento de tamaño de los labios.

Caso clínico: niño de 11 años, sin antecedentes médicos de interés, que acudió a nuestra Clínica Odontológica Universitaria, por presentar desde hacía unos 8 meses una tumefacción en ambos labios, que se extendía por las mucosas labial y yugal. Durante ese periodo había sido visto por varios dermatólogos y tratado con hidrocortisona al 4% en vaselina, sin que el cuadro mejorase. En la exploración se observaban unos labios aumentados de tamaño, con fisuras y escamas. Discretamente indurados a la palpación. Tanto en la mucosa labial como en la yugal retrocomisural se apreciaba una superficie irregular con múltiples nodulitos de aproximadamente 1 mm de diámetro, de aspecto translúcido, depresibles, no fluctuantes y de consistencia blanda.

Como diagnósticos posibles se pensó en una queilitis glandular o en un proceso atópico.

Se realizó biopsia de una porción de mucosa labial inferior cuyo resultado diag-

nóstico resultó ser una macroqueilia linfangiomasosa. Se instauró tratamiento con acetónido de triamcinolona al 0.05% en orabase, con lo que se consiguió la remisión paulatina del cuadro en un mes.

C. 43

Estudio de proteínas de calor en el liquen plano oral

Seoane J, Ramírez JR, Varela P, Aguado A, Suarez JM

Facultad de Odontología. Universidad de Santiago de Compostela. Hospital Universitario Gómez-Ulla. Madrid. España

Las proteínas de calor están implicadas en el mantenimiento de las funciones celulares y pueden incrementar su síntesis en situaciones de estrés como cambios de temperatura, drogas, infecciones víricas, micóticas, anoxia, tabaco y transformación maligna.

Objetivo: valorar la expresión de proteínas de calor en el liquen plano oral (LP).

Material y métodos: Se estudiaron mediante morfometría y anticuerpos policlonales anti-HSP 70 muestras procedentes de 33 pacientes diagnosticados de LP con criterios clínico-patológicos. Los resultados se dispensan mediante el índice de inmunotinción-intensidad-distribución (IID). También se analizaron variables identificativas, forma clínica, hábitos tóxicos, cultivos micológicos, cortisol plasmático y factores etiopatogénicos implicados (diabetes, hepatitis C).

Resultados: Se ha demostrado la expresión de HSP-70 en las capas basal, suprabasal y superficial de las lesiones de LP.

No existe asociación de la expresión de HSP-70 con el consumo de tabaco, la colonización por *Candida*, la infección por el virus de la hepatitis C o la diabetes. La expresión de HSP podría actuar como un autoantígeno en el LP.

IID	CAPA BASAL	CAPA SUPRABASAL	CAPA SUPERFICIAL
0	6	0	6
1	9	0	3
2	2	11	13
3	16	12	5
4	0	2	3
6	0	5	0
9	0	3	3

C. 44

Colonización oral por *Candida* en pacientes bajo radioterapia de cabeza y cuello

Ferre J, Viñals Iglesias H, Sabate M, Roviro A, Navalpotro B, Francisco RM, Puig J, Biete A

Unidad de Medicina Bucal. Facultad de Odontología. Universidad de

Barcelona. Servicios de Oncología Radioterápica y Microbiología. Hospital Clinic i

Universitari. Barcelona. España

La candidiasis es la infección micótica más frecuente en pacientes bajo radioterapia (RDT) de cabeza y cuello. Existe discusión sobre la necesidad de aplicar sistemáticamente pautas de tratamiento antifúngico preventivo en estos pacientes.

Objetivo: Conocer los cambios en la colonización oral por *Candida* que ocurren entre

el inicio y el final de la RDT.

Material y métodos: La muestra consiste en 75 pacientes oncológicos con tumores de cabeza y cuello que fueron sometidos a RDT y en cuyos campos de tratamiento quedó incluida la cavidad oral o las glándulas salivales mayores. Antes de iniciar y al finalizar la RDT se tomaron muestras para cultivo de *Candida*.

Las muestras se obtuvieron mediante irrigación oral con suero fisiológico de la cavidad oral.

Resultados: Antes de iniciar la RDT el 51% de los pacientes presentaron cultivos negativos, el 31% presentaron menos de 500 CFU y el 18% presentaron más de 500 CFU de *Candida*. Al finalizar la RDT el 40% de los pacientes presentaron cultivos negativos, el 27% presentaron menos de 500 CFU y el 33% presentaron más de 500 CFU de *Candida*. La mayoría de los pacientes que presentaban colonización previa a la RDT también la presentaban al final (27 de 37) y la mayoría de los pacientes que no presentaban colonización previa a la RDT tampoco la presentaban al final (24 de 38).

Conclusión: Según lo observado en esta muestra existe un incremento de la colonización oral por *Candida* después de la RDT. Sin embargo, no parece que la RDT sea el único factor en el desarrollo de candidiasis oral en estos pacientes.

C. 45**Tumores odontogénicos de infrecuente presentación**

Junquera L, Consuegra L, Villarreal P, Vicente JC

Hospital Central de Asturias. Oviedo. España

Los tumores odontogénicos constituyen una patología de infrecuente presentación, representando entre el 0,8 y el 3,7% del total de la patología oral. La mayor parte de los autores consideran que los odontomas y los ameloblastomas son sus representantes con mayor incidencia. El presente trabajo tiene por objetivo definir las características clínico-histológicas de algunos tumores odontogénicos de infrecuente presentación.

Material y Métodos: Se ha realizado un estudio analítico observacional de carácter retrospectivo de todos los casos de tumores odontogénicos recogidos en un centro de referencia para una población de 1000000 habitantes, en un periodo de 24 años. Los criterios de inclusión fueron: tumores odontogénicos de infrecuente presentación, confirmación histológica del tumor, periodo de control mínimo de dos años.

Resultados: Se documentan las características de 5 casos de ameloblastoma único, en uno de los cuales se dispone de un estudio radiográfico seis años antes del diagnóstico. Un caso de ameloblastoma desmoplásico, que plantea un posible diagnóstico de lesión "híbrida" ameloblastoma desmoplásico y convencional. Un caso de mixoma odontogénico, y un caso de fibroodontoma ameloblástico.

Conclusiones: La infrecuente presentación de los tumores odontogénicos junto a su diversidad histológica y evolutiva, requiere de aportaciones aisladas para profundizar sobre su comportamiento.

C. 46**Comparative study of the effects of calcitonin and *Plumbum mettalicum* 30CH in mandibular bone repair of rats**

Almeida JD, Carvalho YR, Arisawa EAL, Rocha RF

Facultad de Odontología SJC-UNESP. Sao José Dos Campos. Brasil

The purpose of this work was to compare the effects of calcitonin and *Plumbum mettalicum* 30CH on guided mandibular bone repair of males rats. It was analysed the

mandible of 75 rats, approximately three months old, were divided into control group, group treated with calcitonin and group treated with *Plumbum mettalicum* 30CH. Each group was composed of 25 animals. A circumscribed bone defect of 4mm diameter was prepared in the mandibular bone, in the angle region. The defect was covered with a PTFE barrier in all animals. The group treated with calcitonin received 2UI/Kg i.m. three times a week and the group treated with homeopathy received three drops diluted in the water everyday. Both treated groups began immediately after surgery. The animals were sacrificed after three, seven, 14, 21 and 28 days. Their mandibles were removed and after routine histological processing they were submitted to densitometric, histological and histomorphometrical analysis. For statistical analysis, ANOVA, Tukey and Scheffé tests ($p < 0.05$) were used. The densitometric analysis showed lower optical density in the group control than in the others, at all periods. Only in the group treated with *Plumbum mettalicum* 30CH, the defects were completely healed at the final observation period. The histomorphometrical analysis showed no statistical difference between control, calcitonin and homeopathy treated groups, however the last one had better results than the one treated with calcitonin. It was concluded that, in circumscribed mandibular defects in male rats, *Plumbum mettalicum* 30CH induces better bone repair than calcitonin.

C. 47**Calcitonin effect on mandibular bone repair of ovariectomized rats**

Arisawa EAL, Almeida JD, Carvalho YR, Brandao AAH, Rocha RF

Facultad de Odontología SJC-UNESP/UNIVAP. Sao José Dos Campos. Brasil

The aim of this work was to study the effect of calcitonin on mandibular bone repair in ovariectomized and non- ovariectomized rats. We analysed the mandible of 100 rats, approximately sixty days old. Fifty female rats were previously ovariectomized (OV), 30 days before surgical treatment, and fifty were not ovariectomized to serve as a control group (C). All 100 rats were submitted to a mandibular bone surgery for the realization of a circular defect, with 4mm diameter, in the angle region. The defect was covered with a PTFE barrier in all 100 animals. The OV and C group were subdivided in two groups ($n=25$

each), creating the groups OV, OVM, C and CM. Only fifty rats were medicated with calcitonin (OVM and CM). They were treated with 2UI/Kg, i.m., three times a week, and the first dose was given immediately after the surgery. The animals were sacrificed after three, seven, 14, 21, and 28 days. Their mandibles they were submitted, and after routine histological processing were submitted to densitometric, histological and histomorphometrical analyses. It was possible to verify that the ovariectomized animals had lower bone density and a slower mandibular bone repair when compared to the control group. The calcitonin treatment showed better bone repair in both ovariectomized and non- ovariectomized rats.

C. 48**Exfoliative cytology diagnosing fungal diseases in VIH infected**

Almeida JD, Carvalho YR, Brandao AAH, Cabral LAG

Facultad de Odontología SJC-UNESP/UNIVAP. Sao José Dos Campos. Brasil

In this study, the authors show the use of an easy, non traumatic, quick and unexpensive method for the diagnosis of fungal diseases in patients infected by the human immunodeficiency virus (HIV). Fungal diseases, such as paracoccidioidomycosis (South American blastomycosis) and sporotrichosis can be diagnosed through cytologic smears. The Papanicolaou and Periodic Acid Shift methods are useful and adequate to visualize the morphology of fungal structures. As a method that may be easily applied by general clinician, exfoliative cytology allows secure diagnosis and early treatment of fungal infections, principally in immunosuppressed patients.

C. 49**Sobreinfección por candidiasis en el liquen plano bucal**

Ocampo F, Quezada D, Aldape B, Cruz B

Facultad de Odontología UNAM. México DF. Mexico

Objetivo: identificar la forma patógena de *Candida* (hifa o pseudohifa) en especímenes del archivo del Departamento de Patología Bucal de la División de Estudios

de Postgrado e Investigación de la Facultad de Odontología (UNAM) y de la Unidad de Patología Bucal de la FES Zaragoza (UNAM) diagnosticados como liquen plano bucal (LPB), compatible con LPB y reacción liquenoide junto con los datos clínicos.

Material y Métodos: De los especímenes del archivo se realizaron dos nuevos cortes y se tiñeron con H&E y tinción especial de PAS.

Resultados: De los 25 casos encontrados en 17 años, 8 (32%) se presentaron entre la 6ª década de la vida, seguido de la 5ª y 7ª década de la vida con 4 casos cada uno (16%); 17 (68%) se encontraron en pacientes femeninos y 8 casos en el sexo masculino (32%) con una relación 3:2; y en cuanto a localización más frecuente fue en mucosa bucal en 13 casos (52%). El color blanco predominó en 16 casos (64%). Ningún observador identificó a *Candida* mediante la tinción PAS y por lo tanto fue negativa.

Conclusiones: En este estudio no se encontró la forma patógena de *Candida*, pero se debe hacer hincapié en la sobreinfección por este microorganismo para valorar la forma clínica de la lesión, y sobre todo el tratamiento.

C. 50 Linfoma T. Presentación de dos casos clínicos

López de Blanc S, Heller V, Clavero C, Masquijo P, Brandan Recalde E, Sambuelli R, Fernández E

Hospital Nac. Clínicas. Cátedra de Estomatología UNC. Hospital Rawson. Córdoba. Argentina.

Se mostrarán los aspectos clínicos de las lesiones, las dificultades diagnósticas, los probables diagnósticos diferenciales y la evolución con el tratamiento instaurado.

Los linfomas no-Hodgkin (LNH) comprenden un grupo heterogéneo de neoplasias linfoides que pueden ser reconocidas en base a características morfológicas, inmunofenotípicas y genéticas. Las manifestaciones extranodales en la cavidad bucal son más frecuentes en los LNH a células B, siendo ocasionales los a células T. La forma clínica medio facial o tipo nasal a células T/NK además de ser infrecuente ofrece importantes dificultades diagnósticas.

Objetivo: el objetivo de la presentación es mostrar dos casos clínicos con dificultades diagnósticas y evolución similar.

Casos Clínicos: Se presentarán los casos de pacientes de sexo masculino de 45 y 56 años de edad, que concurren a la consulta por insuficiencia ventilatoria nasal bilateral, acompañado de secreciones espesas y malolientes; dolor en puntos rino-sinusales, voz nasal, sudoración nocturna, escalofríos y pérdida de peso. Son tratados con antibióticos y descongestivos. A ambos pacientes se les realizó biopsia de fosa nasal y tratamiento quirúrgico de la lesión rinosinusal. Se mantuvieron los síntomas sinusales y con la aparición de las lesiones bucales, se les realizó nueva biopsia confirmando el diagnóstico de Linfoma T angiocéntrico centrofacial en su variante polimorfa. Se inició tratamiento con esquema de CHOP.

C. 51 Carcinoma epidermoide lingual en mujer menor de 40 años. Caso clínico

Ramos H, Del Moral Y, Aldape B, Granados H

Clínica "Tlalpan", ISSSTE., Facultad de Odontología. UNAM. Mexico DF. Mexico

Mujer de 35 años de edad, originaria del D.F. con antecedentes de abuela materna con carcinoma en mandíbula, diabética e hipertensa; madre diabética y padre cardiópata. Sin hábito tabáquico, séptima de doce hermanos y con fractura de segundo molar inferior derecho. Un año de evolución con lesión tumoral, ulcerada, de bordes irregulares, blanca con rojo, indurada, no hemorrágica y dolorosa a la palpación, en borde lateral derecha de lengua. Multitratada con antimicrobianos, antiinflamatorios y antisépticos colutorios sin resolución del cuadro y con diagnóstico presuntivo de proceso inflamatorio por irritación, se canaliza a Patología Clínica de la Facultad de Odontología, UNAM, con valoración clínica y referencia al Instituto Nacional de Cancerología donde se toma biopsia incisional con diagnóstico histopatológico de carcinoma epidermoide bien diferenciado. Se realiza hemiglossectomía derecha con disección supraomohioidea y adenectomía regional. Histopatología regional sin presencia de metástasis. Actualmente en seguimiento de tres meses y en rehabilitación física por disartria y tendinopatía de hombro derecho. Si bien, la incidencia es ligeramente mayor en hombres y se incrementa con la edad, principalmente después de la cuarta década, con la presencia de factores predisponentes como consumo de alcohol y tabaco, presencia de dientes con bordes

agudos y prótesis dentales, actualmente se observa en individuos de menor edad y sin factores de riesgo conocidos. Por lo que se requiere del diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado para evitar complicaciones graves, mutilaciones y la muerte.

C. 52 Análisis estadístico de patologías de cabeza y cuello del Instituto Nacional de Pediatría

Aboytes E, Braun G, Aldape B

Facultad de Odontología UNAM. Mexico DF. Mexico

Objetivo: propósito de obtener el promedio y la distribución proporcional anual de las patologías más frecuentes de cabeza y cuello, además determinar los valores ascendentes y descendentes en el lapso de tiempo correspondiente de 1990 al 2000.

Material y Métodos: El total de registros solicitados por los diferentes servicios del hospital fue de 78,397 (100%) de los cuales 1512 (1.92%) corresponden a cabeza y cuello con una media anual de 8.57% (129).

Resultados: la localización más frecuente en cuello con 23.28% (478) con una mayor incidencia en el género femenino (51%). El 23.28% (352) corresponde a las diez patologías más frecuentes de cabeza y cuello ocupando los primeros lugares el quiste tirogloso con 4.26% (72) y el linfangioma con 4.16% (63) reportados durante la primera década de la vida. En cavidad bucal el rhabdomyosarcoma embrionario con 2.24% y la displasia fibrosa monostótica en tejido óseo fueron las más frecuentes. Existe una minoría de casos en cabeza y cuello comparados con otra región del cuerpo, aunque las más frecuentes en su mayoría son benignas no dejan de tener importancia ya que pueden tener complicaciones graves si no se diagnostican a tiempo.

Conclusiones: El análisis estadístico permite a los servicios hospitalarios planear estrategias de atención médica para cualquier grupo de la población proporcionando el comportamiento de las enfermedades en ciertos lapsos de tiempo y espacio.

C. 53 Frecuencia de neoplasias benignas y malignas de glándulas salivales del Archivo de Patología Bucal de la DEPeI de la FO UNAM

Lucero A, Aldape B, Quezada D

Facultad de Odontología UNAM. Mexico DF. Mexico

Objetivo: El propósito de este estudio fue determinar la frecuencia de neoplasias benignas y malignas de glándulas salivales del archivo de patología bucal de la División de Estudios de postgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM de 1995 a marzo del 2001.

Material y Métodos: Se obtuvieron los datos del archivo revisando los 3804 casos (100%) que hubo en este periodo, de los cuales solo 22 fueron neoplasias de glándulas salivales, representando el 0.57%.

Resultados: Se revisaron los diagnósticos siendo el adenoma pleomorfo, con 19 casos (85.9%), el mas frecuente, seguido por el adenocarcinoma, 2 (8.77%), carcinoma mucoepidermoide 1 (4.56%). Se presentaron entre la 2ª y 8ª década de la vida, el promedio fue de 39 años, la localización mas frecuente, paladar, seguida de la región submandibular. Se presento en mujeres en un 56.5% y en hombres en un 43.5%. Del total de casos 19 fueron remitidos por la Facultad de Odontología de la UNAM, 1 del ISSTE D.F., 1 del ISSTE Pachuca y 1 particular de los Mochis, Sinaloa.

Conclusiones: Estos resultados nos muestran que los tumores de glándulas salivales son raros en los servicios de Patología Bucal de las Escuelas de Odontología y que la neoplasia mas frecuente fue el adenoma pleomorfo, como se reporta en la literatura.

C. 54 Expresión del virus de papiloma humano en la hiperplasia epitelial focal, papiloma y verruga vulgar

Rubalcava CV, García FJ, Aldape B, Tapia JL

Facultad de Odontología UNAM. Mexico DF. Mexico

Objetivo: encontrar la presencia del virus papiloma humano (VPH) en biopsias fijadas en formol/embebido en parafina de especímenes con diagnóstico histopatológico de papiloma, hiperplasia epitelial focal y verruga vulgar del archivo de Patología Bucal de la DEPeI de FO, UNAM, durante 1999-2000.

Material y Métodos: A cada bloque se le realizó la técnica de inmunohistoquímica (estreptavidina-peroxidasa) encontrando que un 78% fue (+) al VPH, por hibridación "in situ" se detectaron 3 casos (+) de 4 casos analizados con la primera técnica. Se utilizó un control positivo al VPH de papiloma faríngeo proporcionado por el Instituto Nacional de Pediatría, donde se realizó el estudio.

Resultados: Del total de casos analizados, el papiloma es el más frecuente (53%), hay una mayor incidencia en el género masculino (69%), mayor frecuencia en la quinta década de la vida (19%) y la lengua es el lugar más susceptible (32%). Cabe destacar que aunque los tipos de VPH asociados con estas patologías son de nulo o bajo riesgo de malignidad, se pueden transmitir por autoinoculación, de ahí que se encuentren condilomas en la cavidad bucal aunque es una lesión que afecta la región genital.

Conclusiones: Es importante hacer hincapié en la aplicación de estas técnicas de Biología Molecular, en todo tipo de lesiones papilares, para así poder dar un diagnóstico y tratamiento oportuno, sobretodo por la asociación del VPH con el desarrollo de lesiones malignas.

C. 55 Radiopacidad del seno maxilar en ortopantomografías de pacientes de la Clínica de recepción y diagnóstico de la DEPeI, Facultad de Odontología UNAM

Behar J, Aldape B, Borges SA

Facultad de Odontología UNAM. Mexico DF. Mexico

Objetivo: determinar la prevalencia de radiopacidades del seno maxilar en ortopantomografías.

Material y Métodos: 162 ortopantomografías de pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años que acudieron a la clínica de recepción y diagnóstico de la DEPeI, FO, UNAM, de mayo a junio de 1998, para conocer la asociación con variables indicadoras de mayor exposición a la contaminación atmosférica (siendo la Cd. de México una de las mas contaminadas con partículas suspendidas y ozono mayor de lo que establece la OMS), tabaquismo, lugar de residencia, ocupación y actividad deportiva.

Resultados: Se encontraron radiopacidades en seno maxilar en 50 (30.9%) de las radiografías, en los pacientes de 60 a 69 años de edad el 50% presento radiopacidades, 32 (64%) radiopacida de del seno maxilar izquierdo; el genero masculino 51 (31.%) y genero femenino 111(68.5%). Aunque no se logro establecer una asociación entre las variables, la prevalecia fue mayor que la esperada y que la reportada en estudios similares.

Conclusiones: En la Cd. de México se espera que se ocasionen 2.7 muertes extras por contaminación. El hacer estudios prospectivos de asociación con la contaminación atmosférica en la Cd. de México son importantes para confirmar los efectos nocivos en el ser humano.

C. 56 Evaluación de la acción desensibilizante de chile (capsaicina) en pacientes con síndrome de boca dolorosa de la DEPeI, UNAM

Tetlamatzin C, Aldape B

Facultad de Odontología UNAM. Mexico DF. Mexico

La capsaicina es el componente principal del chile, una planta originaria de América. El chile ha sido usado desde la antigüedad como condimento y conservador. Estudios clínicos han demostrado que el chile tiene propiedades terapéuticas en el tratamiento del dolor cuando se aplica por varias semanas.

Objetivo: Evaluar el efecto del chile (capsaicina) en la sintomatología del síndrome de boca dolorosa (SBD).

Material y Métodos: El estudio se realizo con 10 pacientes del genero femenino con diagnostico de SBD sin lesiones en mucosa bucal o evidencia de enfermedades sistémicas concomitantes. Se realizo un examen psicológico a todos los pacientes para saber si se encontraban viviendo en momento de ansiedad o depresión en relación con la presencia del SBD . A todos los pacientes se les aplico un cuestionario para medir el dolor inicial del SBD y posteriormente se descarto el efecto placebo de capsaicina en las primeras 48 horas. A los pacientes que no respondieron al placebo se les aplico capsaicina en la mucosa bucal que ellos referían como quemante o dolorosa por 10 minutos. Se revisaron a los pacientes en intervalos de una semana para medir el dolor y el porcentaje de mejoría.

Resultados: Se encontró que el 100% de los pacientes con SBD cursaban por un

cuadro de depresión, un 10% respondió al efecto placebo, se observó una mejoría significativa en la disminución del dolor en un 90% de los pacientes.

Conclusiones: Este estudio piloto muestra la eficacia de la capsicina para pacientes con SBD por lo que en el Departamento de Patología Bucal de la FO, UNAM, se utiliza como esquema de rutina en los pacientes diagnosticados con SBD.

C. 57 Manifestaciones orofaciales de la esclerosis sistémica progresiva

Francés N, Vázquez MT, Molera R, Campos E, López F, Turrion A

Hospital General Universitario "Gregorio Marañón". Madrid. España.

Objetivos: La esclerosis sistémica es una enfermedad autoinmune de carácter crónico, multisistémica y de etiología desconocida que se caracteriza por la afectación de diferentes órganos. En este trabajo, realizaremos un estudio de la repercusión que esta patología tiene en el territorio orofacial.

Caso clínico 1: Mujer de 43 años, diagnosticada de esclerosis sistémica progresiva de 15 años de evolución, con afectación pulmonar, cardiológica, esofágica, renal, afectación cutánea con esclerodactilia, retracción articular, síndrome seco, y entre otras manifestaciones orofaciales presentada reabsorción de la rama ascendente de la mandíbula.

Caso clínico 2: Mujer de 64 años, con antecedentes de artropatía degenerativa, síndrome de Sjögren, hernia de hiato, hipertensión arterial y fenómeno de Raynaud que durante 10 años fue la única manifestación de una esclerosis sistémica localizada con manifestaciones orofaciales como la limitación de la apertura bucal.

Resultados: La esclerosis sistémica está presente en todo el mundo, afecta a todas las razas, es más frecuente en mujeres en una relación 4/1. La edad de comienzo es hacia los 40 años con un pico máximo entre la 5ª y 6ª década siendo muy rara en la infancia. El diagnóstico puede resultar difícil y pasar desapercibido por ello además de la clínica los anticuerpos antinucleares son un marcador sensible y específico (positivos hasta en un 90% de los casos) de la esclerosis sistémica progresiva localizada y el anticuerpo antiesclero-70 (anti Sel-70) se observa con mayor frecuencia en los pacientes con afectación difusa.

Conclusiones: La esclerosis sistémica progresiva localizada, tiene una supervivencia superior que la difusa. El diagnóstico precoz mejora su calidad de vida y su pronóstico evitando o retrasando las complicaciones. Los tratamientos son en su mayoría paliativos.

C. 58 Nevus azul común y celular: Presentación de tres casos clínicos

Molera R, Vázquez MT, Francés N, Ramos R, Niembro de Rasche E, Gimeno M

Hospital General Universitario "Gregorio Marañón". Madrid. España

Objetivos: El estudio del nevus azul, también conocido por melanofibroma o nevus de Jadassohn-Tiechè, su identificación clínica, anatomopatológica y su pronóstico.

Caso clínico 1: Hombre de 39 años, fumador y sin antecedentes de interés, excepto un traumatismo en paladar, con palo de chupa-chups hace 3-4 años, que presenta una lesión pigmentada, localizada en paladar, asintomática, descubierta por su esposa. El diagnóstico histológico corresponde a un nevus azul común.

Caso clínico 2: Mujer de 32 años, no fumadora, que acude para realizar exodoncia de un tercer molar inferior derecho y observamos, una lesión pigmentada en trigono retromolar izquierdo, asintomática y con desconocimiento de su existencia. El diagnóstico histológico corresponde a un nevus azul común.

Caso clínico 3: Hombre de 75 años, con antecedentes de intervención quirúrgica de úlcera gástrica hace 46 años, carcinoma vesical hace 10 años, fístula perianal, y disminución de ácido fólico, actualmente normalizado después del tratamiento recibido, que presenta desde hace unos 6 años, una lesión pigmentada, no dolorosa, en la encía del maxilar superior izquierdo, que se extiende por vestibular y palatino de incisivos. El estudio histológico corresponde a nevus azul celular.

Resultados: Autores como Buchner et al., en su estudio de 130 casos de nevus en el Norte de California, sugiere que la incidencia de aparición del nevus azul es del 19%, y la localización más frecuente es en orden decreciente; paladar duro, seguida de la mucosa labial, bermellón labial, paladar blando y mucosa bucal. De los 61 nevus azules sólo se observa la presencia de uno a nivel de la encía. La distribución por sexos es similar entre hombres y mujeres.

Conclusiones: Aunque se desconoce la etiología, recientes estudios muestran su origen en la migración de células provenientes de la cresta neural. El tratamiento consiste en la exéresis completa de la lesión, lo que ayuda al diagnóstico mediante la biopsia.

C. 59 Correlación clinicopatológica de la Leucoplasia oral en el Laboratorio Central de Histopatología Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela (1968-1998)

Moret Y, Rivera H

Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. Caracas. Venezuela

La Leucoplasia oral (LO) es un término usado para describir lesiones predominantemente blancas de la mucosa que no pueden ser caracterizadas como otras lesiones específicas y que poseen potencial de transformación maligna (Axell y col.,1996). La LO es reconocida como una lesión que puede presentar características histopatológicas de Displasia Epitelial. La proporción de Displasias Epiteliales (DE) que progresan a carcinomas espinocelulares es variada y se encuentra en un rango de 6,6 a 36% (Oliver y col.,2000).

Objetivo: establecer la relación entre DE de la mucosa oral con diagnóstico clínico de leucoplasias.

Material y Métodos: se revisaron un total de 11.250 microhistorias, que representan todos los casos diagnosticados desde Octubre de 1968 hasta diciembre de 1998, pudiéndose determinar que 180 de éstas correspondían a la patología a estudiar. Estos datos fueron analizados de acuerdo a su localización anatómica, sexo, edad, grupo étnico y grado de displasia epitelial.

Resultados: 180 casos representaron leucoplasias orales con diferentes grados de displasias, de las cuales 97(70,8%) eran DE leves, 67(69,7%) DE moderadas y 18(75%) DE severas. La localización anatómica más frecuentemente afectada fue la mucosa del reborde alveolar con 42 casos(24,18%), seguido por la mucosa del carrillo 35 casos(19,23%). La mayor prevalencia de edad fue del grupo de 50-59 años(30,2%). El sexo femenino fue el de mayor predilección con 102 casos (56,04%). En cuanto al grupo étnico el caucasoideo fue el más afectado con 98 casos (53,8%). Se reportó un 43% de pacientes con hábitos tabáquicos.

Conclusiones: Al correlacionar clínico-patológicamente los casos de este estudio se pudo evidenciar que la leucoplasia esta más frecuentemente relacionada con el diagnóstico histopatológico de displasia leve.

C. 60 Manifestaciones estomatológicas de la Fiebre Hemorrágica Argentina

Mardenlli F, Nava C, Palomino J

Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Rosario. Rosario. Argentina

Objetivo: Describir los distintos tipos de afecciones hemorrágicas producidas por los llamados “nuevos virus”, descubiertos en la segunda mitad del siglo XX, que producen en cada país, (Argentina: virus Junín, Brasil: virus sabia, Bolivia: virus machupo, Venezuela: virus guaranito.) enfermedades virales emergentes: fiebre hemorrágica endémica. La fiebre hemorrágica Argentina es endémica en nuestra zona de influencia.

Se manifiesta con signos y síntomas semejantes a un cuadro gripal, y en ocasiones tempranamente se producen estomatorragias.

En 1958 se aisló el agente etiológico: virus Junín, existiendo vacunación obligatoria en las zonas epidémicas. Produce leucopenia y trombocitopenia en los primeros estadios, lo que permite diferenciarla de enfermedades infecciosas bacterianas. Enfermedades con alteraciones hematológicas o de la coagulación y trastornos neurológicos como hemopatías con o sin púrpuras, aplasias medulares y leucemias deben ser tenidas en cuenta en el diagnóstico diferencial.

Material y Métodos: Se presentan casos clínicos de las manifestaciones bucales de esta enfermedad, diagnosticados en el Instituto Maiztegui de la ciudad de Pergamino (Buenos Aires, Argentina) y en el Hospital Provincial de Rosario (Santa Fe, Argentina)

Se confeccionó una Historia Clínica registrándose la edad, sexo, fuente probable de infección, las manifestaciones hematológicas, neurológicas, renales y cardiovasculares. Se centró nuestra atención en las manifestaciones estomatológicas en los distintos estadios de la enfermedad. Se realizará la discusión de los probables diagnósticos diferenciales, principalmente con otros cuadros hemorrágicos estomatológicos.

Conclusiones: El diagnóstico temprano de esta enfermedad infecciosa modifica sus-

tancialmente el pronóstico y la supervivencia de los pacientes. Consideramos de interés ocuparnos de esta patología, que deberá ser tenida en cuenta en los diagnósticos diferenciales, pues actualmente deben ser consideradas enfermedades emergentes, a nivel mundial.

C. 61 Manifestaciones estomatológicas de las Micosis profundas

López E, Gluskinos M, Viccei M

Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Rosario. Rosario. Argentina

Objetivo: Comunicar nuestra experiencia de las manifestaciones estomatológicas de las micosis profundas, patologías endémicas en nuestro país.

Las infecciones por hongos con compromiso sistémicos que se diagnostican más frecuentemente en nuestro Servicio son: la blastomicosis sudamericana (BS) y la histoplasmosis. Ambas patologías han incrementado su incidencia en los últimos años, debido principalmente a su diagnóstico en enfermos con SIDA. Ambas micosis profundas afectan más al hombre (70:1) entre los 30 y 60 años de edad. La BS es más prevalente en las zonas rurales, tropicales, subtropicales, húmedas y boscosas. El hongo se encuentra en la tierra y penetra por la boca o vías aéreas. Es infrecuente en los centros urbanos. Existen las variantes Norteamericana y Europea que conjuntamente con la BS tienen un agente etiológico muy similar. La incubación puede ser de hasta 20 - 30 años y no se conoce contagio interhumano. El compromiso sistémico es mucho más destacado en la histoplasmosis, con lesiones pulmonares, tos, adenopatías y pérdida de peso.

Material y Métodos: Se presentan casos clínicos de las manifestaciones bucales de estas enfermedades diagnosticadas en la Cátedra de Estomatología Clínica II. Se analizará la prevalencia, edad, sexo, características de las lesiones bucales y sus diagnósticos diferenciales. Se discutirá la metodología diagnóstica y se evaluarán las diferentes terapéuticas.

Conclusiones: Consideramos de interés ocuparnos de estas patologías, que deberán ser tenidas en cuenta en los diagnósticos diferenciales, aún en regiones del mundo donde no se presentaban, pues actualmente deben ser consideradas enfermedades emergentes.

C. 62 Síndrome de Sjögren. Análisis de 130 casos

Pilafis M, Jaraj MA

Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Rosario. Rosario. Argentina

El Síndrome de Sjögren (SS) es un proceso inflamatorio crónico, de carácter multisistémico, de base autoinmune. Afecta preferentemente a mujeres en la tercera y cuarta década de la vida. Su prevalencia es alrededor del 2% de la población.

Objetivos: Efectuar un estudio multidisciplinario con un equipo constituido por: reumatólogos (especialistas en colagenopatías), oculistas, estomatólogos, inmunólogos, especialistas en diagnóstico por imágenes y anatomopatólogos a los fines de evaluar a los pacientes cuyo motivo de consulta era xerostomía y/o xeroftalmia y confirmar si padecían SS.

Material y Metodos: Se incluyeron en este estudio 130 pacientes que acudieron a la consulta por sequedad bucal y/o ocular. En n=50 se confirmó el diagnóstico de Síndrome de Sjögren, adoptando los criterios de la CEE (European Epidemiology Center). Se confeccionó un protocolo clínico donde se registraron las siguientes variables: edad, sexo, signos y síntomas bucales, medicaciones utilizadas, presencia de enfermedades concomitantes. Todos los pacientes fueron evaluados por todos los integrantes del equipo realizándose los exámenes complementarios y biopsia de glándulas salivales menores.

Resultados: La edad promedio de la población estudiada fue: en mujeres 58,4 (SD 11.1) y en hombres 52 años (SD 17.3). Entre los pacientes estudiados, 33 (66%) pacientes, presentaban síndrome de Sjögren secundario, 17 (34%) presentaban SS primario.

Conclusiones: Estaríamos frente a una patología sub-diagnosticada, muchos de los pacientes estudiados, ya habían consultado por sus síntomas, pero no tenían confirmación diagnóstica. La xerostomía provoca dificultades para comer, deglutir, hablar y principalmente desarrollar una vida de relación social, con lo que eso significa psico-emocionalmente. La contención en el Grupo de autoayuda en el Síndrome de Sjögren produjo cambios muy positivos en los síntomas de la enfermedad. El trabajo en equipo multidisciplinario es primordial en el diagnóstico y el seguimiento de los pacientes que padecen esta enfermedad.

C. 63**Enfermedad ampollar IgA lineal.
Presentación de un caso clínico**

González LB, Paparella ML, Keszler A,
Lanfranchi H, Itoiz ME

*Cátedra de Patología y Clínica Bucodental y
Anatomía Patológica. Facultad de Odontología.
Buenos Aires. Argentina*

La enfermedad ampollar IgA lineal es una enfermedad dermatológica poco frecuente que puede presentar manifestaciones en la mucosa oral y asociarse a enteropatías por sensibilidad al gluten.

Caso clínico: paciente de sexo masculino, de 69 años de edad, con lesiones ampollares asintomáticas con contenido purulento en mucosa yugal bilateral, comprometiendo fondo de surco. El paciente presentaba antecedentes de hiperglucemia, hipercolesterolemia e hipertensión. En la evaluación clínica no se observó compromiso dermatológico. Se realizaron biopsias con punch: una de ellas para estudio histopatológico de rutina en mucosa yugal, zona eritematosa adyacente a la lesión ampollar; la otra toma se realizó en el área clínicamente sana periférica a la lesión y se procesó para estudio inmunológico con la técnica de inmunofluorescencia directa. Microscópicamente se observó una separación a nivel de la interfase epitelio-conectivo en uno de los extremos de la toma, con infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario y formación de microabscesos (neutrófilos y eosinófilos) en las papilas dérmicas. La presencia de depósitos de anti-Ig A a nivel de la interfase epitelio-conectivo con un patrón de distribución lineal continuo y homogéneo reveló un perfil inmunológico compatible con enfermedad ampollar Ig lineal. Ello motivó la indicación de estudios gastrointestinales los cuales mostraron lesiones erosivas múltiples asintomáticas. Se demostró luego sensibilidad al gluten mediante la detección de títulos elevados de anticuerpos anti-gliadina y anti-endomisio con estudios serológicos por técnica de inmunofluorescencia indirecta. El estudio de este caso de enfermedad ampollar IgA lineal, muestra que en unas determinadas situaciones el método de inmunofluorescencia directa se convierte en una herramienta relevante para definir el diagnóstico.

C. 64**Effects of simvastatin on bone
regeneration in the mandibles of
ovariectomized rats**

Junqueira JC, Mancini MNG, Carvalho YR, Anbinder AL, Rocha R F

School of Dentistry. UNESP. São José dos Campos. Brasil

The purpose of this study was to evaluate the effects of the simvastatin on guided bone regeneration of mandibles of ovariectomized rats and to observe the blood cholesterol level. 70 female rats were divided into 4 groups; normal control, ovariectomized control, normal treated and ovariectomized treated. A month after the ovariectomy a bone defect was created in the mandible, which was covered by a polytetrafluoroethylene membrane. The treated groups received 20 mg/K/day of simvastatin 15 or 30 days. The rats were sacrificed 15, 30 and 60 days after the surgery, a blood sample was removed to observe the cholesterol levels and the mandible was extracted to densitometric, histological and morphometric analysis. All specimens were submitted to analysis of variance (ANOVA). The ovariectomized groups presented higher cholesterol level than the group normal treated and no significant statistical difference was found between the different treatment periods and the sacrifice times. The densitometric, histological and morphometric analysis showed that the group ovariectomized treated presented more quantity of new bone formation when compared to the control ovariectomized, but no statistical difference was observed between the treatment periods. It can be concluded that the deficiency of estrogen increased the level of blood cholesterol and that the simvastatin helped the new bone formation in the ovariectomized animals.

Scholarship: FAPESP 00/03437-0

C. 65**The influence of simvastatin, by oral
or subcutaneous administration, in
rat bone repair**

Anbinder AL, Junqueira JC, Rocha RF,
Carvalho YR

*Dentistry School of São José dos Campos.
UNESP. Brasil*

The purpose of this study was to evaluate the role of simvastatin, by oral or subcutaneous administration, in the healing pro-

cess of circumscribed bone defects created in the tibia, and in plasma cholesterol levels, in rats. A surgical defect was made in the right tibia of forty male animals, distributed into two groups: group A, which received subcutaneous infection of simvastatin (7mg/kg) or just the vehicle, on the defect area, for five days, and group B, which received 20mg/kg of simvastatin or water orally, daily, during the whole observation period. The animals were sacrificed after 15 or 30 days, when blood samples were analyzed to check plasma cholesterol levels. Tibias were removed and then, routine laboratorial processing, histological and histomorphometrical (planimetry by point counting) analyses were carried out. For statistical evaluation, ANOVA test was used at 5% significant level. Histological and histomorphometrical analyses showed significant differences only between experimental periods. Animals sacrificed after thirty days showed better bone repair. There was no difference in plasma cholesterol levels among the groups. It was concluded, under the conditions of this experiment, that simvastatin, orally or subcutaneously, does not improve bone repair of experimental defects in tibia, and does not alter plasma cholesterol levels in rats.

C. 66**Atrophy and regeneration of parotid
after duct ligation: histologic,
histochemical and
immunohistochemical study in rats**

Colombo CED, Balducci I, Rocha RF,
Carvalho YR

*Dentistry School of São José dos Campos.
UNESP. Brasil*

The purpose of this work was to study the unilateral atrophy of rat parotid gland after excretory duct ligation and gland regeneration after duct disobstruction, analysing gland morphologic alterations and the proliferative potential of intercalated duct cells, during gland atrophy and regeneration, and of acinar cells, during gland regeneration. Furthermore, a similar analysis was performed on the contralateral gland to investigate the presence of compensatory proliferative and morphologic alterations. Atrophy was obtained through the ligation of parotid excretory duct of right side. The regeneration was obtained by duct ligation followed by removal of the obstruction after seven days. Rats were sacrificed on different time periods and both glands were surgically removed. The

specimens were then routinely processed to obtain histologic sections of 3 µm thickness which were submitted to histologic (HE and PAS), histochemical (AgNOR) and immunohistochemical (calponin and PCNA) stainings. The immunoexpression of calponin was employed to identify myoepithelial cells. PCNA and AgNOR rates were used as cellular proliferation markers. These rates were statistically analysed (ANOVA, Tukey test and Spearman correlation test). Degeneration and reduction of gland parenchyma were observed, as well as greater evidence of myoepithelial cells, development of inflammatory process and fibrosis during gland atrophy. There was recovery of gland parenchyma, return of myoepithelial cells to their normal aspect and reduction of inflammatory process during gland regeneration. There was disorganization and degeneration of gland structure of the contralateral glands. No alteration of the proliferative potencial of intercalated duct cells was observed throughout the experiment. Acinar cells of glands in regeneration showed an increase in their proliferative potencial, except for the acinar cells of the opposite glands. There was a correlation between PCNA and AgNOR rates only on acinar cells of glands in regeneration. Therefore, these results showed a regenerative gland capacity and a correlation between PCNA and AgNOR rates only in cells with increased proliferative capacity.

Support: FAPESP nº 99/09935-3.

C. 67

Carcinoma in situ en lengua: pese a todo, una lesión infrecuente. Presentación de un caso clínico

Moreno LA, López Sánchez AF, Somacarrera Pérez ML

Departamento de Odontología. Facultad de CC. de la Salud. Universidad Europea de Madrid. Madrid. España

El estadio tumoral en el momento de diagnóstico es el factor pronóstico más importante en los pacientes con carcinoma oral de células escamosas. Idealmente una vez desarrollado el proceso maligno se deberían diagnosticar en su estadio *in situ*, esto es, cuando aún no ha invadido el corion subyacente.

Hemos revisado los casos de carcinomas en estadio *in situ* en el Registro Central de Tumores de la Comunidad de Madrid, diagnosticados en lengua. Hemos encontrado un total de 404 tumores diagnosticados

en esta localización. De estos sólo TRES (0,7%) fueron diagnosticados *in situ*.

Presentamos un caso clínico de carcinoma *in situ* en borde lateral de lengua. Debería ser una lesión más frecuente dada la incidencia del carcinoma escamoso en lengua, pero los datos anteriormente descritos la convierten en una lesión infrecuente.

Queremos hacer hincapié en la importancia de un diagnóstico precoz de las lesiones tumorales en la cavidad oral como factor más importante para conseguir un aumento en la supervivencia de estos pacientes.

C. 68

Smoking habits among Oral Lichen Planus patients

Gorsky M, Hasson-Kanfi H

Department of Oral Pathology and Oral Medicine. The Maurice and Gabriela School of Dental Medicine. Tel Aviv University. Tel Aviv. Israel

The Oral Lichen Planus (OLP) is characterized by the present of distinct white striae on the mucosa. There are three clinical forms of OLP: the reticular, the atrophic and the erosive form. Although studies have found that the prevalence of tobacco usage in OLP patients did not differ from that in general population, other reported a lower prevalence of OLP in non-smokers. Gorsky et al showed some association between smoking habits and the different clinical forms of OLP. It was speculated that smoking could play a role as a cofactor for stimulating symptoms in OLP patient however this speculation has not been soundly confirmed.

Objective: The aim of the present study was to evaluate the association between the three clinical types of OLP and the extent of the symptoms of OLP in connection to the smoking habits.

Material and Methods: The retrospective study group included 187 records of histologically confirmed OLP patients, diagnosed in the Tel Aviv University Oral Medicine Clinic, and 76 records of different non OLP asymptomatic oral lesions or conditions, who served as the control group.

Results: Results showed that less patients diagnosed with OLP used to smoke compared to the control group ($p=0.004$). Greater number of symptomatic OLP patients with asymptomatic oral conditions ($p=0.01$). A significant ($p=0.02$) association between smoking habits and the clinical forms of OLP was noted. There were more smokers

(23.7%) among the patients diagnosed with the reticular OLP than among those patients who suffered from the atrophic (7.3%) or the erosive (10.3%) forms of oral disease.

Conclusions: Although smoking is not an etiologic factor for OLP, the OLP patients probably reduced their smoking due to the discomfort and the worsening of their symptoms with smoking. It is also speculated that the disgust of smoking and the fear of a possible development of oral malignancy had some influence on the reduction of smoking habits.

C. 69

Frecuencias de alteraciones óseas y dentales en 472 alumnos de la Facultad de Odontología. UNAM

Cruz B, Aldape B, Rubio R

Facultad de Odontología, UNAM. Mexico DF. Mexico

Objetivo: determinar la frecuencia de patologías óseas y dentales de una población de alumnos de la Facultad de Odontología UNAM.

Material y Métodos: 472 ortopantomografías de alumnos de 1 a 3 año y de postgrado de la FO UNAM, que fueron tomadas en el aparato de Rx Panoramic Corporation modelo PC-100 y Rotograph 230 EUR de Villa Sistemi Medicali., durante los años de 1998 al 2000, sin importar género ni edad de alumno. Se observaron las radiografías con la ayuda de un negatoscopio y una lupa para distinguir cualquier cambio en la densidad ósea o alteraciones de las estructuras dentales. Del total el 68,45 corresponden al género femenino y el 31,65 al masculino, la edad osciló entre los 17 a los 47 años, con una moda de 18 años.

Resultados: Del total de 472 radiografías se observaron alteraciones dentales en el 79%; de éstas las más frecuentes fueron, con un 24% la dislaceración, seguida por raíces cortas con el 10,6%, con giroversión 9,1%, dientes impactados con 0,6% y extracciones con un 8,5%. De las alteraciones óseas se observó con mayor frecuencia las radiolúcidas con un 3,4%, el 59% presentaba dos lesiones y más de dos lesiones el 27%.

Conclusiones: Es necesario realizar este tipo de estudios en la población estudiantil para determinar si se presentan alteraciones intraóseas sobre todo por que la mayoría de ellas no dan ninguna sintomatología.

C. 70**Posición del tercer molar de acuerdo a su angulación y distancia disponible en 472 alumnos de la FO y pregrado de la Depei, UNAM.**

Rubio R, Aldape B, Cruz B

Facultad de Odontología UNAM. Mexico. D.F. Mexico

Objetivo: observar la posición del 3^{er} molar mandibular, su angulación y la distancia existente entre la cara distal del 2^o molar inferior y la cara anterior de la rama ascendente de la mandíbula.

Material y Métodos: ortopantomografías de 472 alumnos de edades de entre 18 a 42 años teniendo una edad promedio de 21 años.

Resultados: Se observaron 1264 (100%) terceros molares, el 46,9% (594) eran inferiores y el 53% (670) eran superiores. Del 46,9% sólo un 25,7% (153) estaban totalmente erupcionados y en plano oclusal con una distancia de 13,7 mm y una angulación de 69,1°; el 22,7% (135) corresponden a los parcialmente erupcionados con una angulación de 57,7° y una distancia de 11,2 mm y los totalmente impactados corresponden a un 35,1% (209) con una distancia de 8,7 mm y 44,2°.

Conclusiones: Los 3^{ros} molares que tienen una distancia mayor de 13,7 mm y una angulación mayor de 69,1° alcanzan a erupcionar y entrar en plano oclusal para ser funcionales, y aquellos que no cumplen las características mínimas de angulación y distancia serán candidatos a impactarse y estar indicados para extracción por cirugía.

C. 71**PCNA y p53 en el ameloblastoma y el tumor odontogénico adenomatoide**

Souza LB de, Barboza CAG, Pereira Pinto L, Freitas R de A

Programa de Pós-Graduação em Patologia Oral. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Brasil

El ameloblastoma se destaca entre los tumores odontogénicos por su comportamiento infiltrativo, alto índice de recidiva y alta frecuencia. El tumor odontogénico adenomatoide (TOA), a pesar de compartir el mismo origen epitelial del ameloblastoma, se presenta como una lesión con mejor comportamiento biológico.

Material y Métodos: Fué evaluada la expresión de PCNA y de la proteína p53, a través de la técnica de la streptavidina-biotina, en 17 casos de ameloblastoma, de los cuales 7 casos presentan predominio del patrón folicular, 4 casos del patrón plexiforme, 3 casos exhibiendo asociación de los patrones folicular y acantomatoso, 2 casos con predominio del patrón basaloide, 1 caso desmoplásico y 8 casos de TOA. El análisis cuantitativo fué realizado utilizando un índice (IP) calculado a través de la relación del número de células PCNA y proteína p53 positivas por 1000 células contadas aleatoriamente en cada caso evaluado, multiplicado por 100.

Resultados: Todas las lesiones exhibían positividad para PCNA y para la proteína p53, observándose fuerte marcación para la proteína p53. Los casos de TOA mostraron una fuerte marcación para PCNA y tenue marcación para p53. Los índices de positividad fueran comparados en los 5 grupos de tumores a través del análisis de variancia.

Conclusiones: el ameloblastoma presentó un índice de marcación mayor que en el TOA tanto en relación al PCNA y al p53 y se observó diferencias estadísticamente significativas entre el patrón folicular y el TOA, en relación a la expresión de p53.

C. 72**Papilomatosis florida bucal (P.F.B), método de tratamiento local**

Frascino N, Bertacchini C, Giacco C, Díaz J, Alcoba E, Galmarini F

Servicio de Estomatología, Clínica Odontológica, Anatomía Patológica. Hospital Municipal de Oncología Marie Curie. Ciudad de Buenos Aires. Argentina

La P.F.B. en la bibliografía mundial es sinónimo de carcinoma verrugoso (CIE-OE OPS-OMS M8051/3). Desde hace 22 años en nuestro hospital se trata de preferencia esta entidad inicialmente con quimioterapia y de ser necesario se complementa con resección quirúrgica de lesión residual y electrofulguración del lecho y márgenes. En los últimos 10 años ingresaron 60 nuevos casos a Estomatología.

Objetivo: Difundir: A- Técnica de tratamiento con quimioterapia intralesional y tópica. B- Metodología de trabajo de la Clínica Estomatológica.

Material y Métodos: Pacientes con lesiones bucales con diagnóstico histológico de P.F.B. de cualquier grado (I, II, III). Se solicitó: Estudios de laboratorio, Perfil nutricional, Radiografías extra e intrabucal y de

tórax. Se realizó: Preparación bucal previo a biopsia, Biopsia, Control clínico de evolución de biopsia. Evaluación Comité de Tumores de Boca con resultado histológico, Elección de droga: metotrexato (Mtx.) y/o bleomicina (Bleo). Se realizó: Preparación bucal previa a tratamiento oncológico. Se infiltró intralesionalmente con jeringa de 1 ml. 27 G x 13 mm., 5 mg/dosis de Mtx ó 3 mg/dosis de Bleo y/o 0,5 gr/dosis crema de Bleo (OilBleo) con frecuencia de dos veces/semana según evolución clínica. Se realizaron: Controles clínicos, iconográficos e histológicos intra y post tratamiento. Seguimiento: controles clínicos e iconográficos 1 vez/mes durante el primer año, cada 3-6/meses hasta el quinto año y 1 vez/año en adelante.

Resultados: Se logra: Prueba terapéutica (respuesta inmediata), Disminución del riesgo de complicaciones por reducción importante de dosis total de droga. Con este método se obtiene mayor concentración de droga en menor volumen de aplicación, Acción localizada que evita complicaciones sistémicas, Reducción de costos de droga, hospitalización y recursos humanos, Mejora calidad de vida (terapia ambulatoria, reducción de mutilaciones, conserva estética y función).

Conclusiones: Dado el excelente control de la P.F.B con quimioterapia intralesional y tópica y el importante beneficio de la metodología de trabajo aplicada, centramos nuestra esperanza en que se pueda implementar esta técnica y aceptar dicha metodología en los grupos de trabajo de Clínica Estomatológica.

C. 73**Comparación de dos métodos para determinar la adhesión de *Candida albicans* a resinas acrílicas**

Cerero R, Serrano C, Simón R, Rodrigo MA, Campo J

Medicina Bucal. Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. España

Objetivo: El método más corrientemente empleado para el estudio de la adhesión de *C. albicans* a resinas acrílicas, está basado en el recuento visual de diferentes campos observados mediante microscopio óptico. Debido a las variaciones en la adhesión, supone un proceso que se puede ver influido por el investigador. El estudio de la adhesión por medio del marcaje de *C. albicans* con metionina [³⁵S] y posterior recuento en cámara de centelleo,

puede evitar el sesgo del investigador, ya que, en ocasiones, el número de levaduras por campo es bastante numeroso. El objetivo es comparar los resultados obtenidos por uno y otro método a la hora de determinar la adhesión de las levaduras a los diferentes tipos de resinas acrílicas.

Material y Métodos: Se emplearon muestras de diferentes tipos de resina acrílica obtenidas por medio de un patrón (10 x 5 x 1 mm), procesadas según las normas del fabricante y empleadas de forma aleatoria para uno u otro método.

–*C. albicans*: se utiliza una cepa estandarizada (1003 de la Colección Nacional de Cultivos Tipo de Valencia), a una concentración de $1,3 \times 10^7$ lev/ml, determinada mediante espectrofotometría de absorción (1 a 540 nm).

–**Método óptico:** cultivo durante 2 horas a 37 °C de 2ml de la suspensión de *C. albicans* con cada resina, aclarado con PBS estéril para eliminar las levaduras no adheridas, tinción con naranja de acridina. Este proceso se repite 10 veces para cada resina y se cuentan 10 campos por muestra.

–**Método de marcado con metionina:** la suspensión de *C. albicans* se marca añadiendo 5µl x ml de metionina [^{35}S] dejando incubar durante una noche, se realiza centrifugado con resuspensión del precipitado para eliminar la metionina no incorporada a las *Candida*, cultivo durante 2 horas a 37 °C de 2ml de la suspensión con cada resina, aclarado con PBS estéril para eliminar levaduras no adheridas y recuento en cámara de centelleo. Este proceso se repite 5 veces para cada resina.

Resultados: Los datos obtenidos se analizan estadísticamente mediante la T de Student para muestras independientes. Las resinas que obtuvieron mayores o menores valores de adhesión al aplicar un método también los obtuvieron con el otro. Si bien en los valores intermedios de adhesión no hay diferencias estadísticamente significativas, no ocurre lo mismo para valores extremos (resinas con muy poca o mucha adhesión de *Candida*) en donde sí existen diferencias significativas entre los dos métodos.

Conclusiones: Ambos métodos permiten determinar la mayor o menor adhesión de *C. albicans* a la superficie de diferentes resinas acrílicas. Los datos obtenidos mediante recuento óptico proporcionan valores más extremos de adhesión que los obtenidos mediante recuento con cámara de centelleo, esto puede inducir a que aparezcan diferencias en la adhesión que no existen.

C. 74 Efectos del alcohol etílico sobre la dentinogénesis del primer molar de ratones

De Oliveira Tosello D, Sant'Anna LB, Salgado MAC

Facultad de Odontología de Piracicaba-FOP-UNICAMP. Piracicaba-Sao Paulo. Brasil

El alcohol, cuando es consumido en grandes dosis durante el embarazo puede causar malformaciones congénitas en el feto, como defectos craneo-faciales y orodentales, debido a interferencias en el desarrollo embrionario normal. Varias alteraciones celulares son asociadas a la ingestión del alcohol durante el embarazo, pero todavía pocos investigadores se refieren a las modificaciones que pueden suceder en las células secretoras de la matriz de la dentina durante su período de formación.

Objetivo: analizar los efectos del alcohol en el desarrollo del germen dental del primer molar de ratones, descendientes de ratas que bebieron soluciones alcohólicas antes y durante el embarazo.

Material y Métodos: Fueron considerados dos grupos: Tratado (6) y Control (6). Las ratas del grupo tratado recibieron el alcohol diluido en el agua de beber, en concentraciones semanales crecientes de 1%, 5%, 10%, 15%, 20% y 25% antes del embarazo. Durante el embarazo, las ratas del grupo tratado continuaron bebiendo la solución alcohólica a 25% mientras que las del grupo control recibieron siempre solamente agua. En el 5º día de vida post-natal, 03 animales de cada prole fueron sacrificados para la obtención de las mandíbulas. Estas fueron procesadas para cortes histológicos incluidos en araldite y fueron teñidos con azul de Toluidina para posterior estudio histomorfométrico del germen dental y de la matriz dentinaria. Los resultados fueron analizados por métodos estadísticos (T-Student).

Resultados: los valores medios del volumen relativo del germen dental y de la matriz dentinaria, fueron siempre menores en los animales de la prole de las ratas tratadas.

Conclusiones: el alcohol ingerido durante el embarazo, en dosis elevadas, causa una reducción en el desarrollo de los dientes, mas evidente en la secreción de la matriz de la dentina.

Apoyo financiero: CNPq-Processo nº 830 516/98-0

C. 75 Efectos del alcohol etílico sobre la amelogénesis del primer molar de ratones

Sant'Anna LB, De Oliveira Tosello D, Salgado MAC

Facultad de Odontología de Piracicaba-FOP-UNICAMP. Piracicaba-Sao Paulo. Brasil

Varias formas de alteraciones celulares son asociadas a la ingestión materna del alcohol durante el periodo de desarrollo fetal, caracterizando el Síndrome Alcohólico Fetal (FAS) y entre esas características están relacionadas algunas del desarrollo craneo-facial. La formación de los dientes y en especial la amelogénesis es descrita como altamente susceptible a varios agentes químicos, como por ejemplo la tetraciclina y la nicotina, pero poco interés ha sido dado a estos procesos relacionados con la ingesta de alcohol durante el embarazo.

Objetivo: analizar los efectos del alcohol sobre el desarrollo dental y en especial sobre la amelogénesis del primer molar de ratones, prole de ratas que bebieron alcohol durante el embarazo.

Material y Métodos: Las ratas fueron divididas en dos grupos: tratado (6) y control (6). Las ratas tratadas recibieron el alcohol diluido en el agua de beber en concentraciones semanales crecientes de 1%, 5%, 10%, 15%, 20% y 25%; durante la lactación las ratas de este grupo continuaron bebiendo la solución alcohólica de 25% y las del grupo control recibieron siempre solamente agua. Al 5º día de vida post natal, 03 animales de cada prole fueron sacrificados para la obtención de las mandíbulas, las que fueron procesadas para cortes histológicos, incluidas en araldite. Estos cortes de 1µm de grosor fueron teñidos con azul de toluidina para posterior estudio histomorfométrico del germen dental y de la matriz del esmalte. Los resultados fueron analizados por métodos estadísticos (T-Student).

Resultados: las medias del volumen relativo del germen dental y de la matriz del esmalte fueron siempre menores en los animales de la prole de las ratas tratadas con alcohol. El volumen relativo del germen dental en estos animales fue aproximadamente 12% menor que los del grupo control y el volumen relativo de la matriz del esmalte fue aproximadamente 43% menor.

Conclusiones: los efectos del alcohol durante el embarazo causa una reducción en el desarrollo del germen dental y de la secreción de la matriz del esmalte, siendo más evidente en este último proceso.

Apoio financeiro: CNPq-Processo nº 830 516/98-0

C. 76

Síndrome Peutz Jeghers vs Melanose Associada a Diverticulose. Relato de Caso Clínico

Vannucci MG, Machado ALS, Brandao AAH, Gomes MF

Faculdade de Odontologia de São José dos Campos – UNESP. São Paulo. Brasil

A síndrome de Peutz-Jeghers é uma doença autossômica dominante hereditária caracterizada por polipose hamartomatosa intestinal e pigmentação melânica na face, boca e, menos comumente, nas mãos e pés e regiões perianal e genital. A diverticulose refere-se a evaginação da mucosa e submucosa do intestino, através das camadas musculares, observada em pessoas susceptíveis na presença de aumento de pressão intrainestinal. A camada muscular circular do cólon é interrompida por fendas de tecido conjuntivo nos locais de penetração dos vasos sanguíneos que nutrem a mucosa e submucosa. Pessoas de idade avançada perdem a resiliência deste tecido e assim a resistência aos efeitos do aumento da pressão intrainestinal. Alguns distúrbios hereditários do tecido conjuntivo como as Síndromes de Marfan e Ehlers-Danlos desenvolvem diverticulose precoce. Na escleroderma, observamos divertículos de abertura ampla. Nenhum trabalho na literatura correlacionando a síndrome Peutz Jeghers com a diverticulose foi encontrado, sendo assim, este estudo discute a possibilidade dessa síndrome poder apresentar algumas variações clínicas. Paciente de 67 anos, feminina, leucoderma, encaminhada para a Faculdade de Odontologia de São José dos Campos - UNESP, apresentava pigmentação acastanhada na região perioral, nos lábios superior e inferior, na mucosa alveolar, na bochecha e na papila interdental. A biópsia da papila revelou vários melanócitos, alguns de aspecto dendrítico, contendo grande quantidade de melanina, localizados na camada basal do epitélio, estabelecendo o diagnóstico de melanose. A colonoscopia mostrou vários divertículos no segmento sigmóide, cólons descendente e transverso e ausência no cólon ascendente. Considerando as características da pigmentação melânica neste estudo serem semelhantes as encontradas na Síndrome de Peutz-Jeghers, sugerimos

mais estudos para melhor esclarecimento da possível correlação desta melanose com outras alterações intestinais como a diverticulose.

C. 77

Avaliação clínica periodontal e periimplantar em pacientes com Diabete Melito: Diagnóstico e Tratamento

Vannucci MG, Gomes MF

Faculdade de Odontologia de São José dos Campos - UNESP, São Paulo, Brasil

O diabete melito afeta 17 em cada 1000 pessoas entre 25 e 44 anos e 79 indivíduos a cada 1000 em idade acima de 65 anos. A estimativa em 2002 é de 250 milhões diabéticos em todo mundo. Cerca de 3 a 4% dos pacientes adultos que se submetem ao tratamento odontológico possuem diabete. Dentre as principais complicações crônicas do diabete melito, hoje a doença periodontal é considerada a sexta complicação. Aproximadamente 75% destes pacientes possuem doença periodontal com aumento de reabsorção alveolar e alterações gengivais inflamatórias. O grande desafio do novo milênio é melhorar as condições para que se possa realizar implantes osseointegrados, assim como manter a saúde periimplantar e periodontal associado a um bom controle metabólico para os pacientes portadores de diabete melito. A partir de uma correta análise crítica poderemos proporcionar aos pacientes com diabete melito a terapia com implantes osseointegrados mediante um planejamento cirúrgico/protético realizado pelo cirurgião dentista treinado e por um controle adequado da equipe multidisciplinar. O objetivo deste estudo é demonstrar a importância do diagnóstico dos tecidos periodontais e periimplantares em pacientes com diabete melito, assim como estabelecer uma terapia periodontal associada a um bom controle glicêmico.

C. 78

Nuestra experiencia en el tratamiento del síndrome de boca ardiente idiopático: Importancia psicoterapéutica

Rodrigo MA, Bascones A, García JA, Rodrigo D

Facultad de Odontología. Universidad Complutense Madrid. Madrid. España

El síndrome de boca ardiente (SBA) constituye un cuadro clínico que vemos cada día con más frecuencia y que se manifiesta básicamente por una sensación de quemazón o cuando menos de “discomfort” en algún área intraoral.

En esta comunicación el tratamiento está dirigido al SBA idiopático. Por tanto, hemos descartado cualquier factor local o sistémico.

Todos los autores están de acuerdo en la importancia que tienen los aspectos psicológicos como factores predisponentes para desarrollar este síndrome. La depresión, tensión emocional, ansiedad y estrés constituyen los desórdenes psicológicos más comunes en los pacientes con SBA.

Nuestra experiencia a lo largo de veinte años tratando a estos pacientes apoya indefectiblemente el valor que tiene la psicoterapia.

Expondremos de forma pormenorizada, pero a la vez sencilla, la pauta de tratamiento que hemos utilizado y los resultados obtenidos.

C. 79

Colutorios y alcohol

Figuro E, Carretero MA, Cerero R, Llamas S, Moreno LA, Esparza G

Dpto. de Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. España

El alcohol es utilizado habitualmente en numerosos colutorios bucales como solvente y conservante.

En el presente póster se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el metabolismo del alcohol, sus diferentes efectos orales y sistémicos, y los mecanismos mediante los cuales puede producir patología. Asimismo se ha revisado la cantidad de alcohol presente en diferentes colutorios comerciales.

Conclusiones: algunos colutorios formulados con alcohol llevan una concentración del mismo superior a la necesaria para actuar como solventes (10-12%) e inferior para tener efecto antiséptico (70%), por este motivo no estaría justificado su utilización. Por otro lado la clorhexidina debería ser formulada con una concentración máxima de alcohol del 5% para mantener su estabilidad.

C. 80**Efectividad y tolerabilidad del itraconazol en el tratamiento de la candidiasis oral en la población ambulatoria española**

Mirada A, López JS, Artés M, Grupo de estudio Itraconazol

Departamento Médico. Laboratorios Isdin S.A., Barcelona. Pharma Research. Barcelona. España

Objetivo: Analizar la tolerabilidad y efectividad de Itraconazol en el tratamiento del muguet y candidiasis oral (CO) en condiciones reales de uso.

Material y Métodos: Estudio observacional, prospectivo, multicéntrico en pacientes afectados de PA en tratamiento con itraconazol 100 mg cápsulas. Se registraron las características antropométricas y demográficas de las pacientes, profesión, diagnóstico clínico, localización y sintomatología de la zona afectada (escala ordinal de 0, ausente, a 5, máxima intensidad) y pauta de tratamiento. En el seguimiento se valoró la sintomatología actual (descamación, eritema y prurito) y la aparición de efectos secundarios (ES) relacionados con el tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 45 pacientes. El 35,5% hombres y el 64,4% mujeres, con una edad media de 45,6±22,2 años afectados de CO. Las principales pautas fueron de 2 caps/día x 7 días (39% de los casos de CO) seguida de 1 caps/día x 15 días (36,5%). Tras el tratamiento se registró un descenso significativo de la sintomatología en todos los casos ($p<0,001$). La descamación pasó de una media de 1,8±1,6 a asintomático; el eritema de 2,8±1,7 a 0,1±0,2, la hiperpigmentación de 1,4±1,9 a 0,1±0,2 y el prurito de 2,9±1,6 a 0,1±0,4. No se detectaron ES relacionados con Itraconazol.

Conclusiones: Itraconazol resultó altamente efectivo en el tratamiento del muguet y candidiasis oral. El no haber detectado efectos secundarios confirma la elevada tolerabilidad de Itraconazol reportada la bibliografía en series más amplias de casos.

C. 81**Frecuencia de pacientes atendidos en la Clínica de Patología Bucal y de especímenes para diagnóstico histopatológico en la Especialidad de Patología**

Carrasco D, Aldape B, Quezada D

Facultad de Odontología, UNAM. México DF. México

Objetivo: determinar la frecuencia de pacientes que se presentan a la Clínica de Patología Bucal para diagnóstico clínico y recepción de especímenes para diagnóstico histopatológico en la Especialidad de Patología Bucal, de la división de estudios de postgrado e investigación de la F.O. en el período comprendido de enero a mayo del 2001.

Material y Métodos: Se revisaron 188 pacientes en un rango de 2 a 80 años, de los cuales 119 (63.2%) correspondieron al género femenino y 69 (36.8%) al masculino.

Resultados: Predominando en los diagnósticos clínicos los fibromas, 45%, Candidiasis 30%, acompañada de xerostomía, mucocela 15%, y neoplasias malignas (carcinoma epidermoide) 1.5%. En cuanto a las muestras para diagnóstico histopatológico, que se recibieron de los diferentes servicios, tanto interno (clínicas de cirugía, periodoncia y periféricas), como externo (hospitales de seguridad social y provincia) se revisaron 333 especímenes, en un rango de 2 a 85 años, de los cuales 230 corresponde a género femenino y 103 masculino, en cuanto al diagnóstico histopatológico el 70% son reacciones reactivas fibrosas, 4.8% infecciosas y 1.5% carcinoma epidermoide.

Conclusiones: se concluye que dentro de la formación académica de la Especialidad de Patología Bucal de la UNAM, durante el primer año se tiene educación completa, ya que se integra el diagnóstico clínico y el diagnóstico histopatológico de las lesiones que con mayor frecuencia se presentan en la población.

C. 82**Estudio previo sobre la temperatura de la mucosa bucal medida con termómetro de infrarrojos**

Bermejo Fenoll A, López Jornet P, Saura Inglés A, Sánchez Pérez A, Sánchez Siles M

Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Murcia. Murcia. España

Objetivo: Estudiar las diferencias de temperatura en las distintas regiones de la mucosa bucal en un grupo homogéneo de sujetos sanos.

Material y Métodos: El estudio se realizó sobre un total de 66 estudiantes de Odontología sanos, 31 hombres y 35 mujeres, entre 20 y 25 años de edad. La temperatura se midió mediante un termómetro de infrarrojos, modelo Braun

Thermoscan IRT 3020, en 10 regiones de la mucosa oral y en el oído tres veces consecutivas y en la axila mediante un termómetro de mercurio. Se realizaron un total de 2.244 determinaciones por un mismo observador. Se utilizó para el análisis estadístico el paquete SPSS.

Resultados: Se comprobó la reproducibilidad y exactitud de las mediciones analizando las determinaciones consecutivas y no se encontraron diferencias significativas concordando los datos mediante ANOVA. Las mediciones con menor desviación típica se obtuvieron en dorso de lengua y mucosa alveolar. La máxima temperatura se obtuvo en mucosa faucial (37,46º C) y la mínima en borde rojo (35,01º C). Las áreas no queratinizadas dan temperaturas más altas que las queratinizadas. Las temperaturas en oído y borde rojo fueron poco precisas. No existen diferencias significativas entre medias de las subpoblaciones según género.

Conclusiones: Existen importantes diferencias de temperatura entre las distintas áreas de la boca que pueden llegar a alcanzar los 2º C.

C. 83**PCNA and p53 expression in odontogenic cysts**

Galvao HC, Souza LB de, Freitas R de A, Pereira Pinto L

Programa de Pós-Graduação em Patologia Oral/UFRN-Natal. Brasil.

Odontogenic cysts are common lesions although they have the same histogenesis present different biologic behaviour. An immunohistochemical study was realized according to the streptavidin-biotin method using the monoclonal antibody PC10 for PCNA and the clone DO-7 for the p53 protein to evaluate the PCNA⁺ and p53⁺ cell index among the different odontogenic cysts. It was analyzed 46 cases of odontogenic cysts that included 11 odontogenic keratocysts, 12 dentigerous cysts, 12 calcifying odontogenic cysts and 11 radicular cysts. All the analyzed cases demonstrated positivity to PCNA. The highest positive reaction was observed in odontogenic keratocysts (42,6%) and calcifying odontogenic cysts (41,13%) while the lowest was observed in dentigerous cysts (32,45%) and radicular cysts (26,45%). For other hand, only two cases of calcifying odontogenic cysts expressed p53 positivity (16,7%). Statistical analyses revealed no significative differences in the PCNA⁺ and

p53⁺ index among different odontogenic cysts, according to one-way variance analyses and chi-square test, respectively. We concluded that was not possible to correlate PCNA and p53 expression to potencial proliferative of epithelium lining cells and that proliferative activity is important to lesions growth but it doesn't explain the different biological behavior among them.

C. 84 Estudio poblacional sobre uso de medicamentos

Levin LE

*Cátedra de Farmacología y Terapéutica B.
Facultad de Odontología. Córdoba. Argentina*

Con el objetivo de revelar representaciones prevalentes y actitudes vinculadas a la salud se ha intentado mensurar uno de los aspectos: el consumo de medicamentos por la población en general, dentro del marco teórico de una epidemiología crítica. Características. Diseño de corte transversal, con técnicas mixtas cuali-cuantitativas.

Metodología. En base a la encuesta "Botiquín" (Boltanski, 1964), por encuestas domiciliarias y entrevista personal al "informante clave" del "grupo familiar". Protocolo para respuestas codificadas.

La muestra fue constituida por 989 relevantes efectivos controlados, que correspondió al 2 % del universo, 170000 hab. del área de la ciudad de Córdoba, escogida para el estudio. Numéricamente implica 3943 personas.

Los resultados obtenidos permitieron configurar una base de datos, de la que se pudo establecer un consumo de 4,93 medicamentos por encuesta en forma directa, lo que hace 1,26 por habitante; clasificar el consumo en medicamentos homeopáticos y alopáticos, que correspondieron, éstos últimos, a 904 marcas registradas, distribuidas en 141 laboratorios de productos medicinales, 12 de los cuales abarcan el 51.3 % del total de medicamentos. Se presentarán además resultados sobre frecuencia de uso, vías de introducción, prescripción original del agente y forma de su reemplazo posterior, relación de estas variables con nivel de educación del jefe de familia, y su vinculación con las opiniones sobre salud de los entrevistados.

Subsidiado por la Secretaria de Ciencia y Técnica de la provincia de Córdoba, Rep. Argentina (1994-95)

C. 85 Pixe aplicado al estudio de patologías intraoseas

Rodriguez U, Rubalcaba JL, Quezada D, Aldape B

*Facultad de Odontología. UNAM. Mexico DF.
Mexico*

La aplicación de la técnica Emisión de Rayos X Inducida por Partículas (PIXE) permite conocer la composición elemental de materiales y objetos de todo tipo. Incluso dicha técnica se ha empleado al estudio de muestras biológicas.

Objetivo: En este estudio PIXE se aplicó a tres patologías: fibroma cemento osificante central, displasia fibrosa, hiper cementosis, y una muestra de hueso normal como control. El objetivo de este estudio si existen diferencias en la composición elemental entre dichas patologías.

Material y Métodos: Las muestras incluidas en parafina fueron irradiadas empleando un dispositivo de haz externo usando protones. El análisis PIXE dio como resultado las siguientes diferencias: 1) la displasia fibrosa presentó ausencia de cloro, cuatro veces más fierro y diez veces más calcio que las otras dos patologías, 2) la hiper cementosis es el único tejido que muestra presencia de plomo y ausencia de cobre, 3) El fibroma cemento-osificante central no presentó cobre. En los tejidos blandos se encontró potasio, magnesio, zinc y ausencia de azufre y cloro. Se observa que existen semejanzas y diferencias específicas en cuanto a la concentración de elementos.

Conclusiones: Esta metodología puede ser útil para conocer más acerca del comportamiento biológico y eventualmente puede ser utilizada para el diagnóstico de patologías bucales.

Esta investigación es apoyada por los proyectos CONACYT J32159-U y G0010-E.

C. 86 Perfil epidemiológico y patologías bucales del paciente con VIH/SIDA en Venezuela

Tovar V, Bravo I.M, Brito A.

Servicio de Atención a Pacientes con Enfermedades Infectocontagiosas. Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela. Caracas. Venezuela

Objetivo: determinar la incidencia y prevalencia con respecto al sexo, edad, condición sexual, vía de transmisión, grado de

instrucción, y patologías bucales, en pacientes que asisten al Servicio de Atención a Pacientes con Enfermedades Infectocontagiosas (S.A.P.E.I).

Materiales y métodos: En este estudio se involucraron 257 individuos seropositivos para VIH, a los cuales se les realizó una historia clínica que incluyó un detallado examen clínico. En el caso de pacientes con lesiones bucales, se realizaron toma de cultivos y biopsias para llegar a un diagnóstico definitivo.

Resultados: El sexo más afectado fue el masculino con 77.4%, la edad promedio de los pacientes incluidos en este estudio fue de 35.6 años; un 28.7% posee un grado de instrucción de secundaria incompleta, un 20.2% posee estudios Universitarios; la conducta sexual arrojó que 44.7% de estos individuos eran homosexuales; 35.01% heterosexuales y en un 20.2% no refirió conducta sexual. Se observó un predominio de transmisión de virus por vía sexual constituyendo el 87.9% de los casos. Con respecto a la prevalencia de patologías bucales el 68.4% presentaba este tipo de lesiones, las más frecuentes fueron: candidiasis, 51.7%; leucoplasia vellosa, 16.4%, herpes labial, 11.3%; hiperpigmentación melánica 11.3%; sarcoma de Kaposi, 5.6%.

Conclusión: El perfil epidemiológico logrado en este estudio permite establecer indicadores clínicos que sirven de base para la instrucción y orientación de los profesionales de la salud; la presencia de lesiones bucales, representa un problema de salud importante para los pacientes afectados por el virus, así, que la identificación precoz y un rápido tratamiento representan un paso importante en el mejoramiento de la salud, y por ende en la calidad de vida de estos pacientes.

C. 87 Relación de lesiones bucales, citopenias, y subpoblación de CD4+ en pacientes VIH/SIDA

Bravo IM, Correnti M, Brito A, Tovar V, Escalona L, Perrone M

Servicio de Enfermedades Infectocontagiosas. Instituto de Investigaciones Odontológicas. Instituto de Oncología y Hematología. Universidad Central de Venezuela. Caracas. Venezuela

Objetivo: determinar la prevalencia de citopenias en sangre periférica y su asociación con el conteo de linfocitos CD4+ y las lesiones bucales presentes en pacientes VIH/SIDA, que acuden al Servicio de

Enfermedades Infectocontagiosas de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela.

Materiales y métodos: La investigación involucró a 22 pacientes VIH/SIDA con o sin tratamiento antiretroviral, a los cuales se les realizó un minucioso examen clínico bucal y exámenes hematológicos que incluyeron hemoglobina, hematocrito, leucocitos, plaquetas, células blancas y el conteo de la subpoblación de linfocitos CD4+ por citometría de flujo.

Resultados: Nuestros hallazgos con respecto a la prevalencia de citopenias, fueron los siguientes: leucopenia, 40.9%; anemia, 22.7%; monocitosis, 22.7%; linfopenia, 18.1%, trombocitopenia 9.09%. El 59.09% de los pacientes presentaron un conteo de células CD4+ inferior a 200 cel/mm³. La deplección del conteo de células CD4+ se asoció con todas las citopenias, especialmente con las leucopenias.

Conclusiones: La presencia de lesiones bucales representa un indicativo importante de progreso de la enfermedad hacia estadios más avanzados del sistema inmune. Las citopenias son comunes en pacientes seropositivos, en Odontología las mismas deben ser tomadas en cuenta al momento de realizar procedimientos quirúrgicos.

C. 88

Levantamento de diagnósticos histopatológicos orais. Estudo retrospectivo de 33 anos

Rodrigues Fregnani E, Agustin Vargas P, Ramôa Pires F, Della Coletta R

Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP - Patologia Oral. Brasil

O objetivo deste estudo é apresentar os índices epidemiológicos das lesões orais do Serviço de Diagnóstico Oral da Disciplina de Patologia Oral da FOP/UNICAMP durante um período de 33 anos (1968-2001). Foi levado em consideração o diagnóstico histopatológico, idade, sexo e localização da alteração. A histopatologia de cada caso foi reavaliada, e as informações armazenadas em um banco de dados informatizado. Um total de 8873 casos foram revisados. A maioria consistia em processos proliferativos não neoplásicos e alterações periapicais como Hiperplasias fibrosas (26%), Periodontites (10%), Alterações periapicais (10%) e Mucocelos (8%). O Carcinoma espinocelular foi responsável por 5% dos casos, correspondendo à 84% de todas as neoplasias malignas. É interessante notar a ocorrência de 150 casos de

Paracoccidioidomicose. Tumores Odontogênicos somaram 1,25% do total, sendo 42% casos de Odontoma e 23% de Ameloblastoma. Os Tumores de Glândula Salivar totalizaram 72 casos (0,85%), sendo 42% Adenoma Pleomórfico e 19% Carcinoma Mucoepidermóide. Através dos resultados, nota-se a alta incidência do Carcinoma espinocelular e da Paracoccidioidomicose na região de Piracicaba. Estes dados podem servir como orientação para o Cirurgião-Dentista da região de Piracicaba, bem como para estudos epidemiológicos de doenças bucais no Brasil.

Suporte: CNPq (Processo 112901/99-9) e CAPES.

C. 89

Carcinomas mucoepidermóides: dados clínicos e histológicos de 164 casos

Ramôa Pires F, Paes de Almeida O, Kowalski LP, Ajudarte Lopes M

Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP – Patologia; Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia, Centro de Tratamento e Pesquisa Hospital do Câncer AC Camargo, São Paulo/SP. Brasil

Carcinomas mucoepidermóides são os tumores malignos mais frequentes de glândulas salivares maiores e menores. Sua gradação histológica é importante no estabelecimento do prognóstico dos pacientes e inclui tumores de baixo, médio e alto grau de malignidade. Os autores revisaram 164 casos de carcinomas mucoepidermóides de glândulas salivares atendidos no Centro de Tratamento e Pesquisa Hospital do Câncer A. C. Camargo no período de 1953 a 1997. Dados clínicos, de tratamento e evolutivos sobre todos os casos foram obtidos junto aos prontuários dos pacientes. Todas as lâminas histológicas foram revisadas, através das colorações de HE, PAS e Mucicarmim, e os casos foram classificados como baixo grau, grau intermediário e alto grau de malignidade, segundo os critérios de Auclair et al (1992, 1998). Os locais mais acometidos foram as glândulas parótidas (36,6%) e o palato (23,8%), e os homens (50,6%) foram discretamente mais afetados que as mulheres (49,4%). A média de idade dos pacientes foi de 43,2 anos, com variação dos 6 aos 96 anos. Segundo a gradação histológica, 47,9% dos casos foram classificados como de baixo grau, 19% como de grau intermediário e 33,1% como de alto grau de malignidade, mas

não houve variação na gradação histológica por localização.

Suporte: FAPESP processo 1999/06214-3.

C. 90

Identificação, tratamento e controle da Fibromatose gengival hereditária

Della Coletta R, Martelli-Júnior H, Graner E, Rodrigues Fregnani E

Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP – Patologia Oral. Brasil

Fibromatose gengival hereditária (FGH) é uma condição oral rara clinicamente manifestada por um aumento gengival generalizado e fibrótico, podendo apresentar de forma isolada ou associada a outras alterações, como parte de uma síndrome. A FGH apresenta um modo de herança autossômico dominante ou recessivo, com o gene demonstrando variáveis graus de penetrância e expressividade. Histologicamente, a FGH é caracterizada por uma mucosa revestida por epitélio com longas e delgadas cristas epiteliais que se estendem ao tecido conjuntivo, o qual é denso e rico em fibras colágenas. O tratamento de pacientes com FGH é realizado através de gengivectomias e gengivoplastias. A Disciplina de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Piracicaba há mais de 20 anos acompanha uma família de portadores de FGH de herança autossômica dominante composta por 219 membros, sendo 63 afetados por esta alteração. Os pacientes acompanhados por nós não apresentam nenhuma das características frequentemente associadas a FGH e apresentam intelecto normal. Este estudo tem como objetivo apresentar casos bem documentados de pacientes portadores de FGH, descrevendo as principais características clínicas, histológicas e a conduta de tratamento. As características biológicas dos fibroblastos gengivais de pacientes com FGH serão também enfatizadas. Suporte: FAPESP processo 1999/08191/0.

C. 91

Prescrição de antibióticos em pacientes sometidos a exodoncias

Limeres J, García-Pola MJ, Vázquez E, Tomás I, Feijoo JF, Diz P

Facultad de Medicina y Odontología. Universidades de Santiago de Compostela y Oviedo. España

Objetivo: Analizar los factores odontológicos y médicos que condicionan la prescripción de antibióticos en pacientes sometidos a exodoncias.

Material y Métodos: Se suministró a 20 odontólogos pertenecientes a la Red Sanitaria Pública un cuestionario en el que se recogieron los siguientes datos de los pacientes a los que efectuaron exodoncias: edad, diente exodonciado, indicación de la exodoncia, momento de la administración del antibiótico (sólo antes de la extracción, sólo después o antes y después), indicación de la prescripción, principio activo empleado y antecedentes de enfermedad sistémica. Asimismo se detallaron los años de experiencia profesional del encuestado.

Resultados: El número total de extracciones fue de 2103 realizadas en 1871 actos quirúrgicos. El 24% de los pacientes presentó algún tipo de enfermedad sistémica. El 28,8% de los pacientes recibió cobertura antibiótica en algún momento del tratamiento: un 16,1% sólo antes, un 5,8% sólo después y el 6,9% de los pacientes recibió antibiótico antes y después de la exodoncia. La presencia de fistulas o abscesos constituyó la principal indicación para la prescripción de antibióticos. Se detectó un descenso en la prescripción de antibióticos en relación al aumento de edad de los pacientes, a pesar de la mayor prevalencia de patología sistémica entre los pacientes mayores de 70 años (el 39,1% presentaba alguna patología frente al 9,9% de los pacientes menores de 30 años). Asimismo se observó una correlación inversa entre la frecuencia de prescripción de antibióticos y los años de experiencia del profesional.

Conclusiones: Los criterios de prescripción de antibióticos en pacientes sometidos a exodoncias presentan una gran variabilidad entre profesionales. La presencia de abscesos sigue siendo el principal argumento para la prescripción de antibióticos frente a otras consideraciones como la existencia de enfermedades sistémicas.

C. 92 Desarrollo de un test de alta sensibilidad para la detección del virus de la hepatitis C en saliva

Ferreiro MC, Hermida M, Barral S, Laredo R, Castro A, Diz P

Facultad de Medicina y Odontología.
Universidad de Santiago de Compostela.
Hospital Juan Canalejo. La Coruña. España

Objetivo: En diversos estudios se ha investigado la presencia del genoma del VHC (ARN-

VHC) en saliva aplicando técnicas de PCR (transcripción inversa), con resultados contradictorios. Para evitar sesgos metodológicos, se pretende elaborar un método de alta sensibilidad de detección de ARN-VHC en saliva.

Material y Métodos: La detección de ARN-VHC se realizó mediante PCR-TR, amplificando un fragmento de 251 pares de bases de la región 5'UTR del VHC. Las muestras de saliva, almacenadas a -80°C , se centrifugaron a 3.500 rpm durante 5'. El ARN-VHC se extrajo añadiendo Trizol (Life Technologies) al sobrenadante y a la fracción celular, siguiendo las instrucciones del fabricante. La síntesis de ADNc se realizó por transcripción inversa, aplicando los primers 209 y 939 (Life Technologies). Se efectuaron 30 ciclos de amplificación (94°C durante 30", 53°C durante 45" y 72°C durante 60"). Un μL del producto de reacción de la PCR se reamplificó aplicando el mismo programa, añadiendo los primers 211 y 940 (Life Technologies). El ADNc se detectó mediante electroforesis en gel de agarosa después del ténido con bromuro de etidio.

Resultados: La sensibilidad de la técnica se determinó estudiando el producto de PCR de diluciones seriadas de plasma en saliva. El plasma procedía de un individuo infectado, con una viremia de 1.000.000 de copias de VHC por ml de plasma (medido con el sistema *Amplicor, Roche*) y la muestra de saliva procedía de un paciente VHC negativo. Una vez realizadas las diluciones de plasma en saliva (100%, 10%, 1%, 0,1%, 0,01% y 0,001%), se procedió a la extracción de ARN tal como se ha descrito. El límite de detección de la técnica fue de aproximadamente 10 moléculas de ARN de VHC por mm.

Conclusiones: La detección de partículas virales en saliva de pacientes con hepatitis C crónica mediante esta técnica, favorecerá la realización de estudios de carácter etiopatogénico, epidemiológico y de monitorización terapéutica.

C. 93 Valor predictivo a largo plazo de la Candidiasis oral en la infección por VIH/SIDA

Feijoo JF, Otero JL, Diz P, Limeres J, Ocampo A, De la Fuente J

Facultad de Medicina y Odontología.
Universidad de Santiago de Compostela.
Hospital Xeral-Cies. Vigo. España

Objetivo: Establecer el valor pronóstico a largo plazo de la Candidiasis Oral (CO) para predecir la tasa de progresión a SIDA y la mortalidad, en pacientes infectados por VIH.

Material y Métodos: En 1992 realizamos una exploración a un grupo de 200 pacientes VIH-positivos, para establecer la prevalencia y las características de la CO en este colectivo. Los criterios de exclusión fueron: administración de antifúngicos en el mes previo, alteraciones bioquímicas o metabólicas severas, portadores de prótesis dentales de acrílico, dispensación de antibióticos (excepto cotrimoxazol) o corticoides, y otros factores predisponentes para la infección fúngica. La CO se diagnosticó en base a criterios clínicos y microbiológicos. Semestralmente y hasta 2000, se efectuó un seguimiento clínico y analítico de los pacientes, registrando el momento en que cumplían criterios de SIDA y la muerte por la enfermedad. La evolución se relacionó con el tiempo transcurrido desde la seroconversión, el sexo, la conducta de riesgo, los niveles de linfocitos CD4+, el estadio clínico, el tratamiento antirretroviral y la existencia de CO en la exploración basal.

Resultados: Al finalizar el período de seguimiento (9 años), la mortalidad entre los pacientes sin CO fue del 15,5%, frente al 60% de los enfermos con CO ($p<0,0001$; $\text{RR}=6,2$). De los 157 pacientes sin criterios de SIDA en 1992, 68 no presentaban CO y de ellos el 26,5% desarrolló SIDA durante el período de seguimiento, frente a los 89 pacientes con CO, entre los que la tasa de SIDA alcanzó el 49,5% ($p<0,0005$; $\text{RR}=2,71$). Al trasladar el origen del estudio al año 1997, no observamos diferencias significativas en la incidencia de SIDA ni en la mortalidad, entre los pacientes sin y con CO en 1992.

Conclusiones: La CO constituye un buen marcador pronóstico a largo plazo de evolución a SIDA y mortalidad asociada a la infección por VIH, incluso después de ajustar los niveles de linfocitos CD4+ y el estadio clínico. Sin embargo, aún no se ha evaluado su fiabilidad tras la introducción de la terapia antirretroviral de alta eficacia.

C. 94 Susceptibilidad a antibióticos de uso común, de microorganismos aislados en hemocultivos realizados post-exodoncia

Tomás I, Alvarez M, Diz P, Limeres J, Feijoo JF, Vázquez E

Facultad de Medicina y Odontología.
Universidad de Santiago de Compostela.
Hospital Xeral-Cies. Vigo. España

Objetivo: Determinar la sensibilidad antimicrobiana de microorganismos identi-

cados en hemocultivos realizados post-exodoncia.

Pacientes y métodos: El grupo de estudio lo conformaron 50 pacientes sometidos a tratamiento odontológico bajo anestesia general. A cada paciente se le efectuó una extracción sanguínea basal, a los 30 segundos, 15 minutos y hora después de realizar exodoncias. Los hemocultivos inoculados en medio aerobio y anaerobio (Bactec Plus) fueron incubados en el Bactec 9240 (Becton Dickinson). Las muestras positivas fueron subcultivadas en 5% de agar-sangre e incubadas en condiciones aeróbicas y anaeróbicas, en agar-chocolate y agar-McConkey e incubadas a 37°C en CO₂ al 10%. Los microorganismos aislados fueron identificados por el sistema Vitek. Para determinar la susceptibilidad antimicrobiana, la concentración mínima inhibitoria (CMI) se determinó en medio Müeller-Hinton-agar-sangre incubando las muestras en CO₂ al 5% y aplicando el ET-test (AB Biodisk). Las lecturas se realizaron siguiendo las recomendaciones del fabricante.

Resultados: Más del 65% de los microorganismos aislados fueron *Streptococcus spp.* No se detectaron resistencias microbianas a la ampicilina ni a la amoxicilina. El 53,8% de las bacterias fueron resistentes a la eritromicina, siendo los *Streptococcus viridans* los más frecuentes (57,1%). En el 30,7% de los microorganismos se alcanzaron valores de CMI sugestivos de resistencia a la clindamicina; de éstos la mitad fueron *Streptococcus viridans*.

Conclusiones: Todos los microorganismos identificados en hemocultivos post-exodoncia resultaron sensibles a la ampicilina y a la amoxicilina. Sin embargo, se detectó un elevado porcentaje resistente a la clindamicina y especialmente a la eritromicina. Estos hallazgos sugieren que en ocasiones, los pacientes alérgicos a la penicilina sometidos a cirugía oral y tratados con estos antibióticos pueden no recibir una cobertura antibiótica adecuada, exponiéndose al desarrollo de infecciones focales de etiología oral.

C. 95

Recomendaciones de odontólogos y hematólogos a pacientes que reciben anticoagulantes orales, a los que se va a efectuar una exodoncia

Outumuro M, Limeres J, Caamaño F, Tomás I, Feijoo JF, Diz P

Facultad de Medicina y Odontología.
Universidad de Santiago de Compostela.
Santiago de Compostela. España

Objetivo: Conocer los protocolos recomendados por los odontólogos, a pacientes anticoagulados con dicumarínicos que van a ser sometidos a procedimientos de cirugía oral, y compararlos con los propuestos en diferentes Servicios de Hematología.

Material y Métodos: Se efectuó una encuesta telefónica a 102 odontólogos distribuidos por toda España preguntando qué protocolo debía seguir un paciente tratado con anticoagulantes orales dicumarínicos antes de someterse a una exodoncia. La misma consulta se realizó en los Servicios de Hematología de 40 centros de la red sanitaria pública seleccionados al azar, localizados en 35 provincias españolas.

Resultados: Casi el 90% de los odontólogos remitieron al paciente a su hematólogo antes de efectuar la exodoncia, y el 2,9% lo refirieron directamente a su Centro de Salud o a un Servicio de Cirugía Maxilofacial. Un único odontólogo (0,9%) recomendó sustituir el acenocumarol por heparina de bajo peso molecular, frente al 55% de los hematólogos encuestados que aplicaron este régimen. Solamente un odontólogo (0,9%) propuso proceder sin modificar la terapia anticoagulante, protocolo que fue recomendado en 4 Servicios de Hematología (10%). El 5,8% de los odontólogos aconsejaron suspender el tratamiento con acenocumarol sin emplear heparina sustitutiva frente al 10% de los hematólogos que sugirieron esta pauta o bien disminuir la dosis. El 25% restante de hematólogos recomendaron usar una pauta individualizada según el riesgo de tromboembolismo de cada paciente.

Conclusión: La mayoría de los odontólogos encuestados mantienen una actitud cautelosa y antes de efectuar una exodoncia a un paciente anticoagulado lo remiten a su hematólogo. Casi la totalidad de los hematólogos recomendaron la administración preoperatoria de heparina o bien emplear un protocolo anticoagulante con carácter individualizado ante este tipo de pacientes candidatos a cirugía oral.

C. 96

Responsabilidad del odontólogo en la demora de la inspección inicial de lesiones orales presumiblemente malignas

Caamaño F, Tomás I, Limeres J, Da Torre P, Outumuro M, Diz P

Facultad de Medicina y Odontología.
Universidad de Santiago de Compostela.
Santiago de Compostela. España

Objetivo: Evaluar la actitud de los odontólogos en la fase inicial del diagnóstico

de lesiones orales posiblemente malignas.

Material y Métodos: Un ficticio paciente efectuó una llamada telefónica a 75 clínicas dentales privadas seleccionadas al azar, solicitando una cita después de comentar: "tengo una úlcera en la lengua, que me duele, desde hace 20 días".

Resultados: De las 75 llamadas telefónicas realizadas, 32 (42,6%) fueron contestadas por el odontólogo y en 43 ocasiones (57,3%) fue el recepcionista el que respondió. Tras la exposición del caso, el 56,2% de los odontólogos y el 41,8% de los recepcionistas sugirieron al paciente explorar la lesión ese mismo día. El 28,1% y 23,2% de los odontólogos y recepcionistas respectivamente, dieron la cita entre 1-3 días después de la llamada. Más del 10% tanto de odontólogos como de recepcionistas, retrasaron la cita 4-9 días. El 18,5% de los recepcionistas y por el contrario ningún odontólogo la aplazaron más de 10 días.

Conclusión: La mayoría de los odontólogos reconocen la prioridad del diagnóstico precoz de lesiones sospechosas de malignidad minimizando la demora hasta su inspección inicial. Sin embargo, la actitud de un considerable porcentaje de recepcionistas podría comprometer la detección precoz de estas lesiones. Estos hallazgos justifican la necesidad de instruir al personal auxiliar en el reconocimiento de los síntomas y signos generalmente asociados a lesiones premalignas o malignas.

C. 97

Manifestaciones clínicas de blastomicosis sudamericana

Carrica V

Cátedra de Estomatología Clínica "A". Facultad de Odontología. U.N.C. Córdoba. Argentina

Las blastomicosis profundas son procesos continentales: Europa, Sudamérica y Norteamérica. La blastomicosis sudamericana, o paracoccidioidomicosis, es una blastomicosis típicamente bucal que se presenta en zonas rurales, tropicales o subtropicales, húmedas y boscosas, especialmente de Brasil, Paraguay, Venezuela y norte de Argentina.

Objetivos: presentar las manifestaciones clínicas de la blastomicosis sudamericana y destacar los diagnósticos diferenciales.

Materiales y métodos: paciente de sexo masculino, de 42 años de edad, residente en zona rural de la provincia de Córdoba, cuya infancia y adolescencia habían transcurrido en zonas endémicas. Presenta

lesiones en mucosa yugal y encía superior del lado izquierdo. Realización de historia clínica, iconografía, estudio histopatológico y tratamiento.

Resultados: el examen clínico y el estudio anatomopatológico confirmaron el diagnóstico de blastomicosis sudamericana. La terapéutica antimicótica prescripta produjo una resolución progresiva y total de las lesiones orales, corroborando así el diagnóstico.

Conclusiones: en las zonas endémicas de blastomicosis sudamericana el examen clínico debe ser minucioso para lograr un diagnóstico precoz, ya que el pronóstico de esta enfermedad es reservado y las formas desarrolladas, dejadas a su libre evolución, pueden conducir a la muerte del individuo.

C. 98 Miniconferencia. Lesiones cancerizables y arsénico en la República Argentina

Dr. Victoriano Carrica

Cátedra de Estomatología Clínica "A"- Facultad de Odontología U.N.C. Córdoba. Argentina

Se conoce desde hace tiempo la posible relación entre el cáncer y precáncer oral y la intoxicación por arsénico. Hemos realizado un estudio con el objetivo de comparar la prevalencia de leucoplasia, liquen plano y queratosis labial en pacientes que consumieron agua con elevado contenido de arsénico (más de 130 p.p.m.) durante más de 10 años. Varios estudios previos sugerían una elevada prevalencia de lesiones precancerosas y de cáncer de piel en individuos residentes en zonas arsenicales.

Materiales y método: se estudiaron 304 pacientes con lesiones orales, que vivían en zonas rurales de la provincia de Córdoba (Argentina) con similares características climáticas y socioeconómicas, y que fueron divididos en dos grupos iguales: grupo del área arsenical o de estudio (AS) y grupo del área no arsenical o grupo control(NAS). Ambos grupos poseían las mismas características en relación a edad, sexo, raza y consumo de tabaco y alcohol, utilizándose el mismo criterio para examinar a los pacientes. Los casos con diagnóstico clínico dificultoso fueron confirmados por estudio histopatológico.

Resultados: ambos grupos presentaron similares cantidades de lesiones estomatológicas: 255 en AS y 248 en NAS. Sin embargo la prevalencia de leucoplasia, liquen plano y queratosis labiales fue, respectivamente, de 18 %, 10 % y 4 % en

AS, vs. 4%, 1,6 % y 1,6 % en NAS. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p<0,05$).

Conclusiones: el envenenamiento crónico con arsénico por el agua de bebida puede producir un incremento de lesiones cancerizables en la mucosa oral.

Referencias Bibliográficas

1. BERGOGLIO R. Mortalidad por cáncer en zonas de aguas arsenicales de la Provincia de Córdoba, República Argentina. *Prensa Méd. Argent* 1964;51:994-8.
2. BESUSCHIO SC, PEREZ DESANZO AC, CROCI M. Epidemiological associations between arsenic and cancer in Argentina. *Biolog Trace Elem Research* 1980; 2:41-55.
3. HOTTA N. Clinical aspects of chronic arsenic poisoning due to environmental and occupational pollution in and around a small refining spot. *Jap J Constit Med*, Kumamoto, Japan, 1989; 53:49-70.
4. HINDMARSH JT, MC CURDY DF. Clinical and environmental aspects of arsenic toxicity. *Crit Rev Clin Lab Sci* 1986; 23:315-47.
5. ALAIN G, TOUSIGNANT J, ROZENFARB E. Chronic arsenic toxicity. *Int J Dermat* 1993; 32:899-901.
6. MORTON W, STARR G, POHL D, STONER J, WAGNER S, WESWIG P. Skin cancer and water arsenic in Lane County, Oregon. *Cancer* 1976; 37:2523-32.
7. TSENG WP, CHU HM, HOW SW, FONG JM, LIN CS, YEH S. Prevalence of skin cancer in an endemic area of chronic arsenicism in Taiwan. *J Natl Cancer Inst* 1968; 40:453-63.
8. TELLO EE, TORRES V(h). Histopathology of clinically normal skin in chronic endemic regional hydroarsenicism (HACRE). *Rev Fac Cs Méd Cba.* 1972; 30:419-21.
9. YU HS, CHIOU KS, CHEN GS, YANG RC, CHANG SF. Progressive alterations of cytokeratin expressions in the process of chronic arsenism. *J Dermatol* 1993; 20:741-5.
10. BIAGINI R, CASTOLDI F, VAZQUEZ CA, FARJAT RE. Hidroarsenicismo crónico y leucoplasia. *Arch Arg Dermat* 1972; 22:53-7.

C. 99 Actinic cheilitis: clinic and histologic study

Cavalcante ASR

Facultad de Odontología SJC-UNESP. Sao José dos Santos. Brasil

Actinic cheilitis is a pre-malignant lesion, unleashed by the action of UV rays in the lower lip, due to its anatomic location. It effects mainly light-colored male individuals, who perform outdoor activities. It is clinically displayed by white or grayish spots or plaques, punctual or atrophic erythematous areas, cracks, scaling, ulceration ou crusts, being defined as a multifocal

cal lesion. It can be manifested in an acute, sub-acute or chronic way, the latter being the most frequent case. We have studied, clinically and histopathologically, 29 individuals, being 21 male and eight female. In three cases of male individuals and one case of female individual, the actinic cheilitis was adjacent to a superficially invasive epidermoid carcinoma and, in one case of a male individual, the lesion was adjacent to a "carcinoma in situ". The clinical findings were: dryness (100%), semi-mucosa atrophy (72.41%), scaling (65.52%), infiltration (62.07%), erythema, ulceration and vermilion border line alteration (58.62%), cracks (48.28%), white spots or plaques (41.38%), crust and symptomatology (34.48%), mottled lip (27.59%) and total or partial paleness of the lip (17.24%). Histopathologically, collagen deterioration (elastosis), inflammatory infiltration, vasodilatation and atypia (100%), were present in all cases studied. Atypia presented the following results: disturbed nuclear polarity (89.66%), increased raised nucleus/cytoplasm ratio (75.86%), basal cells hyperplasia (68.97%), cells bundling (58.62%), hyperchromatic nucleus (51.72%), abnormal mitosis (37.93%), drop-shaped epithelial projection, pleomorphic cells and nucleus and anisocytosis (27.59%), keratinization under the surface (13.79%), disturbed epithelial maturation (10.34%), raised mitosis number (6.90%) and reduced cellular cohesion (3.45%). All the AC examined showed clinical and histological multifocal alterations. From the clinical point of view this multifocal aspect makes it difficult to chose the ideal area for biopsies. Histologically speaking the biggest problem falls on the atypia grade definitions. It this study all cases showed solar elastosis and epithelial atypia, being three cases of light atypia, eight cases of moderate atypia and 18 cases of severe atypia.

C. 100 Condroma extraóseo en el area de la articulación temporomandibular

Masroua de Gil J, Gil Masroua B, Barráez Masroua D

Universidad Santa María. Caracas. Venezuela

El condroma es un tumor benigno compuesto de cartílago maduro; poco común en los huesos maxilares, quienes pueden contener restos cartilaginosos, es por eso, la factibilidad de la formación de dicho tumor. Las áreas de "cartílago secundario", cartílago no relacionado con partes

conocidas del condrocráneo, se presenta en la mandíbula en la región mentoniana, en el proceso coronoide y en el cóndilo, se han señalado casos periféricos ocasionalmente fuera del hueso.

Caso clínico: paciente femenina de 53 años de edad, quien consulta por presentar desde hace un año, cefalea frecuente y tinitus del lado izquierdo, con dolor agudo en el pabellón auricular izquierdo, base de cráneo, dolor durante la deglución del mismo lado de la faringe con dos meses de evolución. Al examen físico se encontró asimetría facial por aumento de volumen en el área de ATM del lado izquierdo y limitación en la apertura bucal por dolor. Radiológicamente tanto en la panorámica como en el TAC se observa la existencia de una masa tumoral a nivel de la ATM izquierda, con imágenes radioopacas intra-oculares y extrarticulares. Se procedió con el tratamiento quirúrgico, donde se evidenció el cóndilo sin lesión inherente a él, con el diagnóstico final de condroma extraóseo.

C. 101 Tratamiento conservador en un caso de quiste óseo traumático

Vázquez Sánchez ME

Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
Universidad de Guadalajara. Mexico

Caso clínico: Paciente masculino de 13 años de edad sin antecedentes importantes para el P.A. Presenta en el cuerpo mandibular izquierdo a nivel de ápices de 2º Premolar y 1º molar una lesión de 3 X 2 cm, asintomática, sin expansión de corticales, con premolar y molar involucrados con nivel de vitalidad levemente disminuida. No hay reabsorción radicular.

Tratamiento: Mayo 1997: Biopulpectomía y medicación intraconducto con hidróxido de calcio en pieza 36. Junio y julio: recambios de hidróxido de calcio en pieza 36. Septiembre: recambio de hidróxido de calcio (cicatrización apical en pieza 36). Octubre: biopulpectomía y medicación intraconducto con hidróxido de calcio en pieza 35. En 1998 Abril: recambio de hidróxido de calcio en piezas 35 y 36. Julio: limpieza y desinfección y recambio de hidróxido de calcio. Agosto: recambio de hidróxido de calcio piezas 35 y 36. En 1999 Mayo: Limpieza y medicación intraconducto con hidróxido de calcio piezas 35 y 36. Junio: recambio de hidróxido de calcio piezas 35 y 36. Julio: obturación definitiva pieza 35. Noviembre: recambio de hidróxido de calcio pieza 36. En 2000

Junio: limpieza y desinfección, colocación de hidróxido de calcio intraconducto pieza 36. En 2001 Abril: Obturación definitiva pieza en pieza 36.

Resultados: Se pudo constatar que debido a la intervención de la pieza tratada endodónticamente, la lesión remitió a corto plazo (5 meses), pudiendo observarse además que la lesión prevaleció en la zona del premolar que no se había manipulado. Dx pulpar: pulpitis crónica con focos reparativos y calcificación.

Conclusiones: Nuestro caso aporta una alternativa no quirúrgica en el tratamiento de los quistes óseos simples. El medicamento empleado (hidróxido de calcio) con un pH elevado (alrededor de 12), activa la fosfatasa alcalina que libera iones fosfato que reaccionan con los iones calcio provenientes del torrente sanguíneo, formando un precipitado (fosfato de calcio) en la matriz orgánica de los tejidos duros iniciándose la mineralización de dicha matriz. Los iones de calcio pueden reducir la permeabilidad de capilares neoformados presentes en el tejido de granulación, disminuyendo el líquido intercelular y así la presión hística favoreciendo la cicatrización. De acuerdo a reportes de alta recurrencia de algunos casos de estos quistes, posteriores al tratamiento quirúrgico y debido al comportamiento clínico, refractarios a las modalidades del tratamiento convencional, se sugiere esta alternativa para lograr la resolución y la posible disminución de recurrencias. Sugiriendo un control postoperatorio a más largo plazo.

C. 102 Estudio citopatológico de la mucosa de los carrillos en pacientes HIV positivos

Pereira L, Oliveira JAC, Souza LB de, Freitas R de A, Galvao HC

Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Natal. Brasil

Objetivo: Estudiar las alteraciones de las células superficiales exfoliadas de la mucosa bucal de pacientes HIV positivos sin tratamiento, con tratamiento y control a base de AZT, DDT y DDC, sin lesiones en el área de obtención del material.

Material y Métodos: La muestra fué constituida de 29 pacientes de los sexos masculino y femenino, entre las edades de 18 a 55 años, dividida en dos grupos. El grupo I estaba formado por pacientes sin tratamiento y el grupo II por pacientes en tratamiento y control. Las células exfoliadas fueron teñidas con la técnica de

Papanicolaou y analizadas con microscopía de luz.

Resultados: En el grupo I, las alteraciones mas expresivas fueron: membrana nuclear corrugada (100%), núcleo hipercromático (80%), alteración de la proporción núcleo/citoplasma (80%), anillo perinuclear (40%), núcleo con aspecto de "vidrio opaco" (40%) y núcleo con aspecto de "collar" (20%). En el grupo II fueron: núcleo hipercromático (79,16%), anillo perinuclear (75%), membrana nuclear corrugada (70,83%) núcleo con aspecto de "vidrio opaco" (54,16%), núcleo con aspecto de "collar" (50%) y alteración de la proporción núcleo/citoplasma (37,5%).

Conclusiones: Las alteraciones celulares observadas son propias de la enfermedad y que el tratamiento y control instituidos, ejercieron alguna influencia sobre las alteraciones observadas.

Apoyo financiero: CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior)

C. 103 Miniconferencia Influencia de *Candida* en la carcinogénesis bucal

Dra. Livia Escovich

Cátedras de Estomatología I y II. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Rosario. Rosario. Argentina

La candidiasis es una patología muy frecuente en la cavidad bucal. Es una enfermedad infecciosa producida por *Candida albicans*, y con menor frecuencia por otras especies del mismo género como *Candida tropicalis*, *guilliermondi*, *glabrata*, *parapsilosis*, *dubliniensis* y *krusei*, que también han sido comunicadas como etiología de esta enfermedad en el hombre.

El hongo se encuentra en más de un tercio de las bocas de apariencia normal y se torna patógeno cuando se producen situaciones que alteran la microbiota bucal. Se ha descrito que entre un 20% y un 37 % de individuos sanos pueden albergar este microorganismo en la región orofaríngea. Desde hace muchos años se discute si *Candida albicans* podría causar cambios displásicos de la mucosa bucal.

Las cepas aisladas de lesiones bucales precancerosas tienen un alto potencial de nitrosación. En experimentación animal se ha visto que las nitrosaminas producidas por *Candida* son capaces de inducir carcinomas bucales.

Se ha comprobado la acción de *Candida albicans* como promotor de la carcinogénesis bucal en modelos experimentales en

animales y se ha informado también la expresión aberrante de la p53 en leucoplasias candidiásicas de la mucosa bucal.

La carcinogenicidad de una sustancia en los seres humanos solo puede sustentarse por datos epidemiológicos. Dadas las limitaciones éticas para llevar a cabo un ensayo clínico experimental, se eligió un modelo caso-control para probar la influencia de la candidiasis como factor de riesgo en la carcinogénesis bucal.

El estudio analítico se llevó a cabo con dos controles por caso.

Las muestras fueron obtenidas por hisopados de la cavidad bucal en 240 individuos = 40 años, 80 pacientes con lesiones de precáncer y/o cáncer diagnosticados clínica e histopatológicamente (Casos) y 160 pacientes sanos (Control), apareados por sexo y edad.

La infección candidiásica en el grupo "CASO" se constató en 51/80 pacientes (63,75%). En 43/51 (84,31%) de los casos positivos, fue aislada *Candida albicans*, considerada la que tiene mayor agresividad patogénica.

En el grupo CONTROL, se obtuvieron 56/160 (35%) resultados positivos para hongos del género *Candida*, contra 104/160 (65%) resultados negativos, correspondiendo solo el 53.5% a *Candida albicans*.

Se demostró que la frecuencia de la infección candidiásica en pacientes con lesiones premalignas y/o con cáncer bucal es significativamente mayor que en individuos sanos ($p < 0.0001$). Un paciente con precáncer y/o cáncer tiene 3.266 veces más riesgo de presentar infección candidiásica que un paciente sano.

Se evaluó la asociación entre la candidiasis y el hábito de fumar en casos y controles.

Los niveles de significación estadística hallados aportan evidencia acerca de que el hábito de fumar influye sobre la presencia de *Candida* en los casos ($p = 0.001$) no siendo significativa en los controles.

La infección candidiásica participaría como cofactor en las transformaciones neoplásicas de la mucosa bucal. La especie *Candida* estaría involucrada en la carcinogénesis bucal, por su capacidad de catalizar la formación de nitrosaminas, de precursores de la saliva, productos metabólicos que podrían actuar directamente sobre las mucosas o interactuar con otros carcinógenos químicos, principalmente el tabaco, favorecidos por factores traumáticos crónicos, activando oncogenes o desactivando genes supresores de tumores, desempeñando una función en el proceso de múltiples peldaños de la transformación maligna de la célula epitelial de la mucosa oral.

Referencias Bibliográficas

1. Gao Y. Aberrant p53 protein expression in oral candidal leukoplakia. Chung Hua Kou Chiang Hsueh Tsa Chih 1996; 31:182-4.
2. Chang KW, Sarraj S, Lin SC, Tsai PI, Solt D. P53 expression, p53 and Ha-ras mutation and telomerase activation during nitrosamine-mediated hamster pouch carcinogenesis. Carcinogenesis 2000; 21: 1441-51.
3. Escovich L, Novelli JL. Lesiones cancerizables de la mucosa oral. Factores de riesgo. En Prevenção. Diagnóstico e Tratamento do Câncer Bucal. Editores Hospital Do Câncer & Associação Paulista de Cirurgões Dentistas; 1999. p. 23-31.
4. Lutz WK, Fekete T. Endogenous and exogenous factors in carcinogenesis: limits to cancer prevention. Int Arch Occup Environ Health 1996; 68:120-5.
5. O'Grady JF, Reade PC. *Candida albicans* as a promoter of oral mucosa neoplasia. Carcinogenesis 1992; 13: 783-6.
6. Buurman ET, Westwater C, Hube B, Brown AJ, Odds FC, Gow NA. Molecular analysis of CaMnt1p, a mannosyl transferase important for adhesion and virulence of *Candida albicans*. Proc Natl Acad Sci USA 1998; 95: 7670-5.
7. Zhang KH, Wang HJ, Qin JX. Effect of candidal infection on the hyperplastic oral epithelium. Chung Hua Kou Chiang Hsueh Tsa Chih 1994; 29: 339-41.
8. Wojas J. Candida infections of oral mucosa in patients with oral lichen planus. Nowa Stomatologia 1999; 4: 23-6.
9. Escovich L, Espejo T, López C, Paz M, Novelli JL, Pilafis M, Ramos L. Risk Factors for Oral Lichen Planus. Oral Oncology 2001; Vol VII: 300-4.
10. Krogh P, Holmstrup P, Thorn JJ, Vedtofte P, Pindborg JJ. Yeast species and biotypes associated with oral leukoplakia and lichen planus. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1987; 63:48-54.
11. Yamamoto E, Kawashiri S, Tanaka A. Cancer of the upper gum under long-term worn full denture. Oral Oncology 2001; 7: 61-64.
12. Seoane J, Vazquez J, Cazenave A, De la Cruz Mera A, Argila F, Aguado A. Malignant angular cheilitis. Acta Otorrinolaringol Esp 1996; 47: 325-7.
13. Keung Leung W, Dassanayake R, Yau J, Jian Jin L, Cheong Yam W et al. Oral colonization, phenotypic, and genotypic profiles of *Candida* species in irradiated, dentate, xerostomic nasopharyngeal carcinoma survivors. J Clin Microbiol 2000; 38:2219-26.
14. Beighton D, Ludford R, Clark DT et al. Use of CHROMagar *Candida* medium for isolation of yeast from dental samples. J Clin Microbiol 1995; 33:3025-7.
15. Pfaller MA, Houston A, Coffmann S. Application of CHROMagar *Candida* for rapid screening of clinical specimens for *Candida albicans*, *Candida tropicalis*, *Candida krusei* and *Candida (Torulopsis) glabrata*. J Clin Microbiol 1996; 34:58-6.
16. Steffan P, Vazquez JA, Boikov C, Xu JD, Sobel JD, Akins RA. Identification of *Candida* species by randomly amplified polymorphic DNA fingerprinting of colony lysates. J Clin Microbiol 1997; 8: 2031-9.
17. Williams DW, Lewis MAO. Isolation and identification of *Candida* from the oral cavity. Oral Dis 2000; 6: 3-11.

C. 104

Alteraciones de la articulación temporomandibular en pacientes con artritis reumatoidea

Paz MH, Escovich L, Quagliato N

Facultad de Odontología UNR. Rosario. Argentina

La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad crónica y sistémica de etiología desconocida. Su prevalencia es aproximadamente del 1% de la población general. Su inicio es más frecuente durante la cuarta y quinta década de la vida: el 80% de todos los pacientes desarrollan la enfermedad entre los 35 y 50 años de edad.

La alteración característica de la AR es una sinovitis inflamatoria persistente que afecta habitualmente a las articulaciones periféricas con una distribución simétrica. En más del 50% de los pacientes que padecen AR, las articulaciones temporomandibulares (ATM) se encuentran afectadas, aunque la presencia de sintomatología es muy poco frecuente.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de las anomalías de la ATM en pacientes con artritis reumatoidea. Correlacionar signos y síntomas clínicos con los hallazgos ortopantomográficos de los pacientes a evaluar con AR.

Material y Métodos: Se evaluaron 70 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoidea que acudieron al Hospital Provincial de Rosario, Argentina. A todos ellos se le realizó en examen clínico de las ATM, solicitándoseles una ortopantomografía. Se realizó una correlación entre los datos clínicos, de laboratorio y de diagnóstico por imágenes obtenidos.

Resultados: La edad promedio de la población estudiada fue de 45,6 años (SD 13.76) con una duración promedio de padecimiento de artritis reumatoidea de 97,4 (SD 124.30) meses. La relación mujer y hombre en esta muestra fue de aproximadamente 4:1.

Las anomalías detectadas en las ATM mediante la ortopantomografía fueron: reducción del espacio articular, erosiones en el cóndilo mandibular, aplanamiento de las superficies articulares y osteocondensación del tubérculo del temporal.

Conclusiones: Existe una correlación positiva entre la duración de la enfermedad y la extensión de la destrucción articular. Las ATM se detectaron con alteraciones radiológicas en el 63% de los sujetos aún sin signos y síntomas clínicos. Realizar un diagnóstico precoz de las alteraciones de las ATM, permitiría evitar agravamientos del daño.

C. 105**Hiperplasia epitelial focal de mucosa oral en paciente VIH (+)**

Gómez del Torno J, Arrieta JJ, Jiménez E, González J, Martín F

Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

En 1965 Heck, Archard y Starley define a la hiperplasia epitelial focal (HEP) de la mucosa oral como una lesión benigna que se presenta frecuentemente en esquimales, indios del Norte y del Sur de América y en África del Sur. También se han descrito casos esporádicos en Asia y Europa. Es una enfermedad que afecta fundamentalmente a niños, aunque puede presentarse en adultos de ambos sexos. El agente causal es un papilomavirus (VPH 13 y 32 fundamentalmente), y también puede aparecer como infección vírica oportunista en paciente con una inmunodeficiencia adquirida (VIH+).

Casos clínicos: Presentamos dos casos clínicos de un varón de 35 años y una mujer de 33 años, ambos españoles y con HIV+. El varón presentaba anticuerpos frente al HIV y en la actualidad no se detectaba el anticuerpo de HIV. Este presentaba dos lesiones indolora, papulomatosas y nodulares en mucosa gingival del maxilar superior de más de 6 meses de evolución. El otro paciente presentaba múltiples lesiones nodulares en labio inferior y superior así como en dorso lingual también de meses de evolución. Presentaba anticuerpos de HIV+y HVC+. Nos planteamos el diagnóstico deferencial de condiloma, papilomatosis y verrugas. El estudio histopatológico informó de una HEF de la mucosa oral. Se hizo un estudio inmunohistoquímico mediante técnica de PCR de las lesiones mostrando la presencia de un papilomavirus del tipo 13 y 11 en el varón y 13 en la mujer. A causa de su posible remisión espontánea siempre se debe de hacer una biopsia de la lesión de aislar el virus y asegurar el diagnóstico clínico, y así evitar medidas quirúrgicas radicales innecesarias.

Conclusión: La HEF está producida por un papilomavirus generalmente del tipo 13 y 32 asociándose con paciente con compromiso de su estado inmunológico como el HIV.

C. 106**Leishmaniasis visceral en pacientes VIH(+): Utilidad de la biopsia de mucosa oral**

Jiménez E, Arrieta JJ, Bartolome B, Juzgado A, Rodríguez P

Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

La leishmaniasis visceral es una enfermedad asociada generalmente a paciente inmunodeprimidos encontrándose, por tanto, en relación con enfermos HIV+. La leishmaniasis en pacientes HIV es considerada como un infección oportunista, siendo en algunas ocasiones la lesión oral por *Leishmania* el síntoma inicial de un SIDA.

Objetivo: Valorar la biopsia de mucosa oral en paciente HIV+ con leishmaniasis visceral como un método diagnóstico y de seguimiento de una enfermedad.

Material y Métodos: Presentamos tres casos clínicos de paciente VIH+ y leishmaniasis visceral a los que se les ha realizado un biopsia de mucosa gingival tras una extracción dentaria. Ningún paciente presentó lesión de partes blandas, sí restos radiculares y gingivitis generalizada por mala higiene bucal. El estudio anatomopatológico se hizo con hematoxilina-eosina y Giemsa para ver si podíamos localizar en el citoplasma de los histiocitos gérmenes compatibles con leishmaniasis (cuerpos de Donovan).

Resultados: En dos de los tres pacientes encontramos, histiocitos con leishmaniasis, apareciendo únicamente en aquellos pacientes con un sistema inmunológico disminuido (CD4 < 100 microl.). En el otro paciente en el que no encontramos leishmaniasis en mucosa oral presentaba un estado inmunológico mejor. (CD4 < 1000 microl.).

Conclusión: Creemos que la biopsia de la mucosa oral es un método útil y poco agresivo para el diagnóstico de infección oportunista que se debería hacer en pacientes con un déficit inmunológico como el HIV+.

C. 107**Presencia del virus C de la hepatitis en glándulas salivares menores**

Arrieta JJ, Rodríguez IE, Ruíz-Alba J, Bartolome B

Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España

La infección crónica por el virus C se asocia con diversas manifestaciones extrahepáticas, siendo la afectación oral en forma de sialoadenitis una de ellas.

Objetivos: Demostrar la presencia del virus de la hepatitis C mediante hibridación in situ en biopsia de glándula salivar menor.

Material y Métodos: Se realiza hibridación in situ del VHC-RNA de biopsia de glándula salivar menos a 19 pacientes con sialoadenitis o síndrome Sjögren. Ocho de los pacientes fueron anti-HVC positivos mientras que los 11 restantes no tenían marcadores serológicos frente al HCV.

Resultados: Se detectaron señales de hibridación de polaridad positiva y negativa en las células epiteliales de la glándula salivar menor en todos los pacientes que presentaban anti-HVC+. No observamos señales de hibridación en ninguno de los anti-HVC negativos. El porcentaje de las células infectadas por HVC varió desde un 25% a un 48,8%.

Conclusión: Hemos demostrado que el HVC se replica en la célula epitelial de la glándula salivar en pacientes con síndrome Sjögren o sialoadenitis. Sin embargo, sus implicaciones en la patogénesis de una enfermedad nos lleva a futuras investigaciones.

C. 108**Adhesión de *Candida albicans* a distintos tipos de resinas acrílicas y relación con la tensión superficial**

Campo J, Serrano C, Cerero R, Galera P, González I, García-Nuñez JA

Facultad Odontología UCM. Madrid. España

Diversos autores (Minagi, 1985; Quirynen, 1995; Waters, 1997) apuntan que el mecanismo de fijación de los microorganismos a la superficie de las resinas en una primera fase es inespecífico y reversible y se explica por medio de energía de superficie entre los microorganismos y la superficie de la prótesis, en una segunda fase, el proceso de la adhesión esta mediado por interacciones entre adhesinas y receptores específicos.

Objetivo: comprobar la relación existente entre la adhesión y la energía de superficie (tensión superficial) de distintas resinas

Material y Métodos:

–Muestras de 11 diferentes tipos de resina acrílica obtenidas por medio de un patrón (10 x 5 x 1 mm) procesadas según el fabricante.

–*C. albicans* se emplea una cepa estandarizada (1003 de la Colección Nacional de Cultivos Tipo de Valencia), a una concentración de $1,3 \times 10^7$ lev/ml, determinada mediante espectrofotometría de absorción (1 a 540 nm).

–Cultivo durante 2 horas a 37 °C de 2ml de la suspensión de *Candida* con cada resina, aclarado con PBS estéril para eliminar las candidas no adheridas, tinción con naranja de acridina. Este proceso se repite 10 veces para cada resina y se cuentan 10 campos por muestra.

–La tensión superficial de las distintas resinas se obtiene a partir de la medida del ángulo de contacto de gotas de diferentes líquidos (agua, glicerol, forma-

mida, etilenglicol, dietilenglicol y dimetil-sulfóxido) de tensión superficial conocida, con los distintos tipos de resinas, los ángulos se determinan por medio de un goniómetro de contacto, y a partir de la ecuación de Young ($\cos \theta = \sigma_{sg} - \sigma_{sl} / \sigma_{lg}$) podemos obtener el valor de la tensión superficial de cada resina.

Resultados: Los valores de adhesión de las levaduras a los distintos tipos de resinas fueron analizados mediante el test de Duncan encontrándose diferencias estadísticamente significativas, sin embargo cuando se relacionaron con los valores obtenidos de las diferentes tensiones superficiales no se pudo ajustar ninguna recta de regresión.

Conclusión: Los valores de tensión superficial de las diferentes resinas son muy similares y no están relacionados con las diferencias de adhesión encontradas entre las resinas.

C. 109

¿Provoca cáncer oral el VPH?

Rodrigo D, Moreno LA, Llamas S, Serrano V, Bascones A

Dpto. de Medicina y Cirugía Bucofacial.
Universidad Complutense de Madrid. Madrid.
España.

Aunque aún no se ha demostrado la relación causal entre el cáncer oral y los VPH, los datos y las evidencias que indican que la infección por este grupo de virus debe jugar un papel más que transitorio en la carcinogénesis oral están aumentando. Por otra parte esta relación sí se ha demostrado en otros cánceres de epitelios escamosos como es el de cervix uterino. Hemos revisado las evidencias epidemiológicas que relacionan los VPH con el cáncer oral. Estas presentan una gran dificultad de interpretación debido a la diversidad de métodos empleados en su detección. Presentamos también un modelo molecular de carcinogénesis mediado por proteínas específicas de los VPH. Por último presentamos las posibilidades futuras que nos daría un conocimiento real de esta, posible aún, relación.

C. 110

Tenascin, fibronectin, laminin and collagen IV expression in odontogenic cysts

Freitas R de A, Oliveira MDC, Galvao HC, Souza LB, Pereira L

Federal University of Rio Grande do Norte.
Natal-RN. Brazil

Odontogenic cysts present different evolution and clinical behavior. With the objective of looking for data that could contribute to the mentioned differences, an immunohistochemical study was accomplished in order to verify the expression pattern of laminin, collagen IV, fibronectin and tenascin in 10 radicular cysts, 10 dentigerous cysts and 10 odontogenic keratocysts. Laminin and collagen IV presented the most intense immunoreaction in the basement membrane of the radicular cyst. Fibronectin expressed the most intense expression in the basement membrane and mesenchyme of the odontogenic keratocyst. The pattern of tenascin immunostaining was mainly intense in epithelial juxtaposition area in both radicular cyst and odontogenic keratocyst. The most intense immunostaining in the radicular cysts was associated with inflammation. In specimens of all studied cysts tenascin expression was verified in the superficial layers of epithelial coat. Our results demonstrate differences among the expression of the extracellular matrix proteins in the studied cysts. The most intense expression of tenascin in the capsule of odontogenic keratocyst, suggests marked instability in this cystic structure and may contribute to a more aggressive behavior of this cyst, compared with the other studied cysts. Supported by: CNPq

C. 111

Carcinoma mucoepidermoide en glándulas salivales menores. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Ferrera ML, Eugui ME, Jiménez CC

Servicio de Estomatología Clínica y Maestría de Medicina Estomatológica
Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. Venezuela

El carcinoma mucoepidermoide es un tumor de glándulas salivales caracterizado por la presencia de células escamosas, células mucoscretoras y células del tipo intermedio, mostrando diferentes grados de malignidad. Puede presentarse en cualquier glándula salival, su localización más frecuente es en la glándula parótida, sin embargo, también se puede presentar en glándulas salivales accesorias de la cavidad bucal. Se encuentra con mayor frecuencia en mujeres entre los 25 y 75 años de edad. Histopatológicamente puede estar caracterizado por una menor o mayor diferenciación celular. Se reporta un caso de un paciente de sexo femenino de 36

años de edad que acude al servicio de Estomatología clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, presentando una lesión de tipo tumoral en cara interna del carrillo derecho, con una evolución de 7 meses aproximadamente. Como diagnósticos provisionales se nombraron mucocelo y lipoma. Luego de realizar la historia clínica y los estudios pertinentes se decide la toma de biopsia excisional, para llegar al diagnóstico de la lesión. El resultado obtenido como diagnóstico definitivo fue Carcinoma Mucoepidermoide medianamente diferenciado. Se debe resaltar la importancia de una evaluación correcta, del manejo de diagnósticos diferenciales y diferentes técnicas de diagnóstico como herramientas para un diagnóstico precoz de neoplasias de ubicación no habitual y con características clínicas de benignidad.

C. 112

Distribución del glucógeno epitelial y presencia de mastocitos durante la carcinogénesis oral

Bernal AE

Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Colombia. Colombia

Objetivo: precisar las modificaciones morfológicas de la mucosa bucal tratada con B(a)p y compararla con los restantes grupos del modelo experimental, atendiendo al tiempo de aplicación del carcinógeno. **Material y Métodos:** se seleccionaron 120 especímenes de mucosa labial. Las muestras fueron obtenidas de ratones IBF1, a los cuales se les realizaron aplicaciones tópicas, 3 veces a la semana, durante 44 semanas de acuerdo al diseño experimental.

Los fragmentos fueron procesados por la técnica de inclusión en parafina y los bloques cortados en series de 4 micras de espesor siendo coloreadas con Hematoxilina y Eosina, PAS (con y sin diastasa salival) y Azul de Toluidina cada quinto corte.

Las modificaciones epiteliales se efectuaron siguiendo las consideraciones históricas propuestas por Smith & Pindborg para la evaluación de las atipias. El glucógeno fue evaluado de forma cualitativa de acuerdo a la reacción y clasificada en *Ausente*, *Ligera*, *Moderada* e *Intensa*, según el contenido intracitoplasmático de 100 células en cada estrato del epitelio de cada campo microscópico seleccionado al azar. Los mastocitos fueron evaluados como *Abundantes* cuando aparecían en 2 ó más

campos microscópicos escogidos al azar; *Escasas* cuando solamente se encontraron en un campo microscópico y *Ausentes* cuando no existían en toda la preparación. Los datos fueron registrados en tablas y gráficos confeccionados al efecto.

Resultados: La reducción de glucógeno epitelial y el incremento de los mastocitos en los animales tratados con B(a)p durante el proceso de inducción carcinogénica (Semanas 8, 16, 32, 44), fueron parte de los resultados más sobresalientes del estudio.

C. 113 Relación entre las características histicas y el espesor imagenológico en sacos foliculares de dientes retenidos

Bernal AE, Bonilla C, Higuera M, Idrovo J

Facultad de Odontología. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Colombia

Objetivo: describir las características de los restos epiteliales, el tipo de revestimiento epitelial de la interfase saco-corona, las características estromales y la presencia de calcificaciones en los sacos foliculares de dientes retenidos y su relación con la edad, sexo, localización anatómica y el espesor de la pared de los mismos desde el punto de vista imagenológico.

Material y Métodos: Se estudiaron 145 sacos foliculares de dientes cuyas raíces habían completado 2/3 o más, y sus coronas estaban totalmente inmersas en el tejido óseo circundante. Las muestras se fijaron en formalina neutra al 10% y fueron coloreadas con Hematoxilina y Eosina. Para la evaluación de la población celular epitelial inmersa en los sacos pericoronarios, se establecieron convencionalmente los siguientes criterios: *ausentes*, *escasos* y *abundantes* y se describieron las características del epitelio reducido del órgano del esmalte. Se agruparon los sacos foliculares de acuerdo a su predominio fibroso o mixoide y se clasificaron las calcificaciones en *ausentes*, *escasas* y *abundantes*. El estudio morfométrico se realizó a partir de las imágenes radiológicas (técnicas periapicales & panorámicas) con el empleo de un programa desarrollado en lenguaje C++ bajo Windows. Con esta aplicación, mediante técnicas de procesamiento de imágenes, se definió el área y perímetro una vez digitalizadas las mismas.

Resultados: Entre los hallazgos de interés podemos citar la marcada relación entre las modificaciones del área imagenológica de los sacos foliculares y el sexo. Los

sacos foliculares identificados histológicamente como colagenizados resultaron los de mayor área ($p < 0.05$).

C. 114 Epidemiología del cáncer bucal en Colombia. Análisis de los reportes de distribución y frecuencia 1989-2000

Bernal AE

Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Colombia.

Objetivo: analizar la distribución y frecuencia del cáncer bucal en Colombia durante los años 1989-2000, teniendo en cuenta la edad, género, localización anatómica intrabucal y tejido de origen.

Material y Métodos: El análisis se realizó en base a las tasas proporcionales del cáncer bucal con respecto a otros cánceres. Para ello se consideró la cavidad bucal como una entidad anatómica cuya unidad estructural y funcional exige la fusión de los códigos 140-148 (CIE). El cáncer bucal se ubicó entre las 10 primeras localizaciones anatómicas más afectadas.

Resultados: La mayor incidencia fue observada en el sexo masculino, con una relación aproximada de 2:1 en comparación con las mujeres. La lengua resultó ser la estructura bucal más afectada y según el tejido de origen, las neoplasias epiteliales las más frecuentes en el estudio.

Resultados: Teniendo en cuenta los resultados de la investigación se recomienda:

- La necesidad de adiestrar al odontólogo en la identificación de aquellas lesiones más frecuentes en el complejo bucal y el examen físico que debe practicarse sistemáticamente a nuestros pacientes.
- La limitación de hábitos nocivos, así como orientar a la población sobre el consumo de alimentos con propiedades preventivas para el cáncer.
- Llevar a cabo una reestructuración del sistema de obtención y procesamiento de datos para cáncer bucal, así como la estandarización de los registros, incluyendo variables que permitan evaluar posibles factores de riesgo.

C. 115 Pénfigo Vulgar: Presentación de un caso

Bernal AE

Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Colombia

El Pénfigo es una enfermedad autoinmunitaria cutánea crónica grave que se caracteriza por la aparición de vesículas y bulas, ampollas pequeñas o grandes llenas de líquido, que se desarrollan en ciclos. Sin embargo no son patognomónicas debido a que las vesículas y las bulas también pueden aparecer en muchas otras enfermedades.

Caso clínico: paciente femenina de 54 años de edad, sin antecedentes patológicos personales ni familiares, con abundantes vesículas y bulas extensas en toda la mucosa oral y región orofaríngea con las manifestaciones subjetivas de ardor, dolor y dificultad para ingerir alimentos, con un tiempo de evolución de 2 meses. El cuadro clínico de la paciente aparece acompañado de una compleja situación psicosocial. Como dato de interés, la paciente no presentaba lesiones cutáneas. La misma había sido tratada por diferentes médicos con antibióticos y antimicóticos. Se realizó biopsia de una de las vesículas y se plantea como diagnóstico histopatológico Pénfigo Vulgar. Se le indicó tratamiento con corticosteroides logrando remisión de las lesiones. La paciente se encuentra controlada actualmente.

Se presentan los aspectos clínicos e histopatológicos del caso y se discute sobre las particularidades de la lesión y su complejo diagnóstico clínico atendiendo a los posibles diagnósticos diferenciales así como la necesidad de la intervención rápida y oportuna para evitar el desfavorable y peligroso curso evolutivo de la enfermedad.

C. 116 El papel del odontólogo en el maltrato infantil

Polo L, García-Carrillo A, Cerero R, Serrano C, Cancela P

Facultad de Odontología, UCM. Departamento de Medicina y Cirugía Bucal. Madrid. España

En el presente póster se trata de destacar el papel del odontólogo en el maltrato infantil. Se considera maltrato infantil la acción u omisión, no accidental, que priva al niño de sus derechos, su bienestar, y su desarrollo normal.

Material y métodos: Se ha realizado una revisión bibliográfica de diversos artículos. Se ha contactado con el servicio de Atención al Maltrato Infantil desde el Ámbito Sanitario de la Comunidad de Madrid.

Se hace hincapié en el papel del odontólogo para detectarlo en base a signos orales y/o faciales.

Conclusiones: Se concluye destacando la importancia del odontólogo desde el punto de vista tanto legal como ético. Se dan unas nociones de cómo detectarlo mediante anamnesis y exploración de los signos orales y faciales. Por último se facilitan posibilidades concretas de actuación en la Comunidad de Madrid.

C. 117 Acupuntura en odontología

Vázquez I, Peláez J, Cerero R, Serrano C, Cancela P

En el presente póster se ha realizado una revisión de los artículos publicados donde se analizan las aplicaciones de la acupuntura en el campo de la Odontología.

La acupuntura es una técnica curativa usada en la medicina tradicional china desde hace más de 2500 años. Usa agujas muy finas para estimular puntos específicos en el cuerpo. Estos puntos quedan en sendas de energía llamados meridianos. Se diseñan los tratamientos de acupuntura para mejorar el flujo y equilibrio a lo largo de estos meridianos. La mezcla proporcionada y exacta configura el equilibrio, la salud; la mezcla desproporcionada, el desequilibrio, la enfermedad.

Se describen la acción sobre el flujo salival, la influencia sobre el dolor y otros usos sugeridos, así como sus efectos adversos y sus mecanismos de acción.

Conclusión: La acupuntura es una técnica tradicional empleada como alternativa terapéutica que parece beneficiosa sobre determinados síntomas del paciente. A pesar de ello, quedan muchos aspectos por resolver sobre el tema.

C. 118 Morfología del seno maxilar humano

Guillén M, Martínez A, Smith V, Bascones A, Serrano V

Departamento de Medicina Bucal. Facultad de Odontología Universidad Complutense de Madrid. Departamento de Ciencias Morfológicas de la Universidad de Medicina de Valencia. Departamento de Ciencias Morfológicas de la Universidad Católica de Murcia. España

Objetivo: realizar una clasificación formal (irregulares, ovales, piramidales triangulares y piramidales cuadrangulares) del seno

maxilar comparando su aparición en ambos lados, así como entre ambos sexos.

Material y Métodos: se han utilizado 303 cráneos de mujer y 325 de hombres, comprendidos entre 20-75 años. Como método de estudio se empleó un material de impresión (escayola Densitas) por su resistencia superficial capaz de resistir una solución de HCL al 30%, estabilidad dimensional y por su capacidad de reproducir los detalles anatómicos de las paredes óseas. La escayola la introducimos a través de un orificio creado por nosotros en la pared anterior del seno maxilar y la dejamos fraguar. Después se procede a introducir ambas piezas maxilares en una cubeta con HCL al 30% durante tres horas, tras las cuales se descomponen las estructuras óseas, obteniéndose ambos modelos del seno maxilar. A continuación se procede al estudio morfológico de los modelos presentando especial interés a la forma (irregulares, ovales, piramidales triangulares y piramidales cuadrangulares). Para el estudio morfológico se usó la χ^2 como contraste de hipótesis de independencia. Además para cada variable se empleó el contraste binomial como método de asociación.

Resultados: El total de senos maxilares analizados es de 1244, 618 derechos, 626 izquierdos, 641 de varón y 603 de mujer. La morfología piramidal cuadrangular se observa en un 66,15% en el hombre frente a 53,07% en la mujer, siendo las otras formas más frecuentes en la mujer con un 9,12% en los irregulares, 13,10% los ovales y 24,71% en los piramidales triangulares. Hay que destacar una cierta simetría morfológica en cuanto a ambas cavidades cuando se refiere al seno maxilar derecho e izquierdo. Excepto en la morfología piramidal triangular regular y piramidal cuadrangular irregular donde el porcentaje de senos asimétricos es del 30% y 20% respectivamente. Nosotros consideramos los senos maxilares ovoideos como senos hipoplásicos de aspecto infantil y por falta de desarrollo, dado que la muestra nuestra corresponde a una población de 20-75 años en la cual el seno maxilar a completado su crecimiento y solo se ve influenciado por factores ambientales. Los senos maxilares ovoideos son generalmente bilaterales y simétricos y en un 20% mas frecuente en mujeres. La frecuencia dada en nuestro estudio es de 10,86%.

C. 119 Evaluation of sodium alendronate activity on bone repair under hormones absence

Silva CMOM, Brandao AAh, Machado ALS, Arisawa EAL, Rocha RF

Facultad de Odontología SJC-UNESP/UNIVAP. Sao José dos Campos. Brasil

This research proposes to study sodium alendronate effect on bone repair of ovariectomized rats. Thirty-six adult rats were ovariectomized and distributed in four groups, with nine rats in each group. A surgical defect was performed in one tibia of each animal. The control group received only water *ad libitum* and the three experimental groups received sodium alendronate diluted in the drinking water in the doses of 0,25 mg/kg, 0,5 mg/kg e 0,75 mg/kg, respectively. Three animals of each group were sacrificed after three, seven and 14 days. The histologic analysis of the tibia material showed a more marked bone deposition in the groups treated with higher doses of sodium alendronate. The most mature bone repair process was observed in the 14-day/0,5 mg/kg group, with bone spindles and remodelling in a higher degree of development, showing a dose-dependency regarding sodium alendronate.

C. 120 Estudio de riesgo de lesiones de mucosa oral, caries y enfermedad periodontal en pacientes con trastornos mentales

Rojas G, Valdivia C, Valdés V, Latorre R

Departamento de Patología, Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Santiago de Chile. Chile

Los trastornos mentales, especialmente la depresión, constituyen hoy en día una variable a considerar en la etiopatogenia de diversas patologías orgánicas.

Objetivo: evaluar la condición de salud de los tejidos blandos y duros de la cavidad bucal en pacientes con depresión y compararlos tanto con pacientes con otros trastornos mentales, como también con sujetos sin evidencia de sintomatología psiquiátrica.

Material y Métodos: se examinaron 22 pacientes de la población general y de pacientes con otros trastornos psiquiátricos. En el examen clínico se determinó índice C.O.P., C.P.I.T.N. y estado de las

mucosas orales. Esto se complementó con estudios de laboratorio: Cultivo de *S. mutans*, frotis para *Candida albicans*, análisis químico de saliva, sialometría y pH salival. En la anamnesis se consultó por xerostomía, hábito de tabaquismo y de higiene oral.

Resultados: los pacientes depresivos presentan una mayor reducción del flujo salival, comparado con los otros dos grupos. A la vez, sus mucosas orales se ven mayormente afectadas por lesiones de distinta etiología, principalmente candidiasis, leucoplasias y lengua pilosa. Además, los pacientes de los grupos psiquiátricos tienen un alto índice de tabaquismo. El resto de los parámetros estudiados no mostraron mayores diferencias entre los grupos estudiados.

Conclusiones: los pacientes con trastornos mentales, especialmente depresivos, constituyen un grupo de mayor riesgo para el desarrollo de lesiones de mucosa oral.

C. 121

Estado gingival y periodontal en una población diabética de Madrid

Lucas J, Arrieta JJ, Gómez del Torno J, Juzgado A, Ruiz-Alba J

Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España

Objetivo: Evaluar la salud gingival y periodontal de una población diabética de Madrid, comparándola con una población control.

Material y Métodos: La muestra estaba compuesta por 70 pacientes diabéticos (27 tipo I y 43 tipo II) y 74 pacientes controles, estableciendo 5 grupos de edad. A los paciente diabéticos se les subdividió según el tipo y tiempo de evolución de la Diabetes mellitus, estado de control metabólico (HbA1C), y la existencia o no de complicaciones tardías.

Se evaluó el estado gingival mediante el índice de Loe y Sillness los parámetros periodontales estudiados fueron: profundidad de sondaje, pérdida de inserción, gingival y el índice periodontal de necesidad de tratamiento de las comunidades (CPITN).

Resultados: el índice medio de gingivitis fue significativamente mayor en los pacientes diabéticos (55,1) frente a los controles (45,2). No encontramos diferencia significativa entre la población diabética y el estado gingival. Tampoco hemos encontrado diferencias significativas entre los distintos parámetros periodontales analizados y ambas poblaciones estudiadas. Tras el examen de las necesidades de tra-

tamiento, en función del CPITN, vemos como los pacientes diabéticos precisan de un tratamiento más complejo.

Conclusiones: Dada la importancia que ejerce la cavidad bucal en el adecuado control de la diabetes, creemos conveniente que se debe prestar cuidados especiales a todas las complicaciones que en ella puedan presentarse.

C. 122

Penfigoide benigno de la mucosa oral: a propósito de un caso

Juzgado A, Arrieta JJ, Jiménez E, Martín F, González J

Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España

El Penfigoide benigno de la mucosa (PBM) oral es una enfermedad ampollosa crónica que afecta a las superficies mucosas incluyendo conjuntiva, cavidad oral, laringe, esófago, tracto respiratorio alto, genitales y también afecta a la piel. Afecta fundamentalmente a personas mayores de 40 años y presenta una predilección 2:1 a favor de la mujer.

Caso clínico: paciente femenina de 63 años de edad que acudió porque desde hace un año presentaba malestar generalizado en la cavidad oral. Su odontólogo le había diagnosticado de gingivitis y estaba siendo tratada con colutorios bucales y tar-trectomías periódicas, sin notar mejoría. A la exploración clínica presentaba una gingivitis descamativa con lesiones vesículo-hemorrágicas enéncia adherida del maxilar superior e inferior. La mucosa gingival se descamaba con raspado. No se apreciaron otras lesiones en mucosas, piel, ni oculares, tras hacer una interconsulta por el dermatólogo, oftalmólogo y ginecólogo. La biopsia de los tejidos gingivales perilesionales mostró una evidente separación del epitelio del corion subyacente, que presenta infiltrado inflamatorio crónico de predominio linfoplasmocitario y aumento de la vascularización. El estudio mediante inmunofluorescencia directa (IgG, IgA y C'3), muestra fijación del suero anti IgG (de forma lineal) en la zona de la membrana basa e indicio con el suero anti C3. No se aprecia fijación con el suero IgA. El diagnóstico anatomopatológico es de cuadro compatible con PBM. El paciente recibió tratamiento sistémico con esteroides durante 15 días y posteriormente con ungüento de triamcinolona al 0,1% durante 3 semanas mostrando mejoría de sus lesiones.

Conclusión: Es importante un diagnóstico y tratamiento adecuado de los pacientes

con PBM ya que su primera manifestación puede ser dentro de la cavidad oral y posteriormente afectar otras mucosas con efectos secundarios más importantes.

C. 123

Cáncer oral en atención primaria

Morilla J, Valeron F, Caballero R

C.S. Remudas - Jinamar. Servicio Canario de Salud. Las Palmas Gran Canaria. España

La incidencia del cáncer bucal obliga a todos los profesionales de la salud bucodental a tener un conocimiento exhaustivo de esta patología, que se ve reforzada por la gran mejora en los porcentajes de mejora que se obtienen con un diagnóstico precoz. Los odontostomatólogos de Atención Primaria están directamente implicados en la prevención de este tipo de patologías ya que son el primer eslabón de contacto con la población general.

Material y Métodos: El presente trabajo se desarrolla en dos Centros de Salud de la isla de Gran Canaria, durante el año 2000-2001, con un total de adultos observados de 8.130 personas, de los cuales el 41,9 % son mujeres y el 58,1% son varones, realizándose un screening oral a 2470 pacientes, es decir 30,4 %, a los cuales se les hizo un registro de los datos personales y de exploración bucal, utilizando para ello la ficha existente en el libro "Precancer y cáncer oral" editado por el Ilustre Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de España.

Resultados: De todos los casos analizados se identificaron siete pacientes, de los cuales dos son mujeres y cinco son varones, con patologías localizadas en tres áreas específicas de la cavidad oral, especialmente predispuestas a alojar carcinomas. Dichos pacientes fueron remitidos a Atención Especializada (Cirugía Maxilofacial) confirmado histológicamente, tras biopsia, el diagnóstico de carcinoma epidermoide.

Conclusiones: Los odontostomatólogos de Atención Primaria pueden jugar un papel muy importante en la prevención del precáncer y cáncer oral realizando: Prevención primaria, aconsejando la reducción del consumo de tabaco y alcohol, procurando que los pacientes tengan óptimos niveles de higiene oral. Prevención secundaria, con la realización de screening de carcinoma oral, sobre todo a la población de alto riesgo: varones fumadores y/o bebedores a partir de 40 años.

C. 124

Cryosurgical treatment of hemangiomas of the oral mucosa. Case report

Amaral RA, Coimbra F

Department of Oral Medicine. Faculty of Dental Medicine. University of Porto. Oporto. Portugal

The hemangiomas are benign tumors developed due to a proliferation of blood vessels, having a preferential localization in the region of the head and neck.

This kind of pathology, when located in the oral cavity, must be carefully watched for by the clinician, in order to evaluate its possible involution, or, otherwise, its aggravation. In these cases the hemangiomas must be submitted to a preventive treatment that avoids large haemorrhages subsequently to trauma of the lesion.

Thus, it is the authors objective to describe a non-invasive method used in the treatment of oral hemangiomas, using cold applications with a CO₂ sonda.

The results attained can be considered excellent, considering that a complete remission of all lesions was registered, without any loss of tissue or formation of deforming scars.

Therefore, it is our opinion that cryosurgery constitutes a good alternative to conventional surgical procedures as far as treatment of small angiomas is concerned.

C. 125

Ameloblastoma de células granulosas. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Eugui M.E, Ferrera M.L, Pérez C, Rivera H, Salazar A, Mansilla MI, Henríquez M, Ellorin MH

Maestría de Medicina Estomatológica. Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela. Caracas. Venezuela

El Ameloblastoma unicuístico (AU) es una de las formas clínico-patológicas del ameloblastoma. El término de AU es atribuido a todas aquellas lesiones quísticas que presentan en el contexto de su pared las características histológicas de transformación ameloblástica. Su histogénesis es discutida aunque la teoría más aceptada es que se origine a partir de una transformación ameloblástica del epitelio pavimentoso de los quistes odontogénicos. El AU se desarrolla con más frecuencia en el

maxilar inferior, en la zona posterior del maxilar incluyendo la rama ascendente, esto es aceptado por la mayoría de los autores. En cuanto a la distribución por sexo no hay evidencias significativas para favorecer a uno u otro sexo. Algunos AU presentan una transformación granulosa del citoplasma de sus células epiteliales. Estas suelen ser de gran tamaño y de aspecto cúbico, cilíndrico u redondeadas llenas de un citoplasma con gránulos acidófilos. Se ha reportado que este subtipo histológico presentó una alta tasa de recurrencia.

Caso clínico: paciente masculino natural y procedente de Caracas, de 12 años de edad, el cual acude a consulta del Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, por presentar una asimetría facial del lado derecho a nivel del cuerpo maxilar inferior y la sínfisis mentoniana desde hace aproximadamente tres meses. Intrabucalmente se observa lesión expansiva a nivel de tabla ósea vestibulares y linguales desde el 41 al 46, de consistencia dura e indolora, ausencia de movilidad dentaria. Al examen radiográfico se observa imagen radiolúcida unicular que abarca desde el 31 al 46, y que preserva el borde mandibular. Se da diagnóstico provisional de Fibroma ameloblástico. Se le realiza biopsia incisional dando como resultado ameloblastoma unicuístico de células granulosas, originado de un quiste posiblemente de origen odontogénico. Se realizó tratamiento conservador, exodoncias de dientes involucrados y correspondiente estudio histopatológico el cual corrobora el resultado del primer estudio histopatológico. Se le realizaron constantes controles radiográficos para descartar posibles recidivas. La importancia de la presentación de este caso es la ubicación, extensión de la lesión, la edad del paciente y la controversia a la hora de la realización de tratamiento quirúrgico más adecuado.

C. 126

Odontogenic cysts. Case report and review of the literature

Amaral R, Carvalho JFC

Faculty of Dental Medicine. University of Porto. Oporto. Portugal

Cysts of the jaw and mouth have been recognised, for a long time, as a clinical problem.

They are a clinical entity characterised by a pathological cavity covered with epithelium, whose development, both centrifugous and expansive, is due to the osmolality of the cyst content, which can be either fluid, semi-fluid or soft materials, sometimes containing cholesterol crystals.

Cyst normally arise from remains of odontogenic epithelium that are present inside the bone (e.g. the Mallassez remains of the tooth bud, etc.).

It is the authors intention to present some clinical case reports of odontogenic cysts and to review some of its characteristics and ethiology as well as to discuss their treatment.

C. 127

Hiperplasia epitelial focal o Enfermedad de Heck

Somacarrera Pérez ML, Moreno LA, López Sánchez AF

Facultad de CC de la Salud. Universidad Europea CEES. Madrid. España.

La hiperplasia epitelial focal es un trastorno que se caracteriza por la presencia de múltiples lesiones sesiles, blandas, distribuidas por la mucosa oral y relacionadas con el HPV en personas con predisposición genética. Es endémica de ciertos países de centro y sudamérica, algunas comunidades de esquimales, indios estadounidenses etc. Presentamos el caso de un niño de 5 años de edad, de nacionalidad ecuatoriana, que acude a consulta para recibir tratamiento odontológico y conocer el origen de unas lesiones en boca que un profesional diagnosticó de transmisión sexual. A la exploración el paciente presenta múltiples lesiones de coloración rosada, sobreelevadas, bien circunscritas, distribuidas por mucosa labial superior e inferior, mucosa yugal y lengua. No se acompañan de sintomatología ni de lesiones en piel. Antecedentes personales sin interés, en los antecedentes familiares destaca un hermano paterno con lesiones similares. Con el diagnóstico de sospecha de hiperplasia epitelial focal o Enfermedad de Heck se procede a la biopsia de una de las lesiones labiales. El estudio histopatológico confirma el diagnóstico. La familiarización con cuadros patológicos que no son frecuentes en nuestro entorno es importante para evitar diagnósticos erróneos.

C. 128**Piercing lingual, una forma de agresión: a proposito de dos casos**

García T, González C, López J, Viñals Iglesias E, Chimenos Küstner E

Diploma de Medicina Bucal. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona. Barcelona. España

El piercing es una práctica antigua que consiste en perforar la piel y/o mucosas para colocar adornos metálicos o de otro tipo de materiales en distintas partes del cuerpo, entre ellas la cavidad oral. Son colocados por los denominados Piercers o anilladores, los que perforan la piel y/o mucosas con una aguja sin la utilización de anestesia. Esta técnica produce dolor y un grado variable de inflamación con diversas complicaciones en la mayor parte de los casos. Esta modalidad se origina en EEUU y en España se ha comenzado a extender en los últimos años no existiendo control sanitario de la técnica empleada ni de los lugares donde se practica.

La American Dental Association (ADA) se ha postulado en contra de esta actividad ya que la considera un peligro para la salud pública; así pues la población debería desistir de la colocación de estos elementos, o en su caso exigir estrictas medidas de esterilización y desinfección para evitar riesgo de contraer enfermedades transmisibles como hepatitis o HIV; así como control de la técnica empleada para minimizar los riesgos inherentes a la técnica.

Se exponen dos casos clínicos de piercing lingual, el primero con severo cuadro de sobreinfección y el segundo con una favorable evolución.

C. 129**Sialolitiasis bilateral de glándulas salivales menores**

Galvao De Sousa SM, Matsumoto MA, Nary Filho H

Facultad de Odontología. Universidad del Sagrado Corazón. USC. Bauru. Sao Paulo. Brasil

Los sialolitos son estructuras calcificadas que se desarrollan en el interior del sistema de conductos salivales. La causa es desconocida, aunque ha sido asociada a la deposición de sales de calcio alrededor de una acumulación de restos orgánicos en el lumen del conducto. Paciente F.T.L., sexo femenino, 63 años, acudió a la Clínica de Cirugía de la FO-USC, quejándose

de molestia en las regiones derecha e izquierda del labio superior. Al examen clínico ninguna alteración fue observada. Sin embargo, a la palpación se notó la presencia de nódulos submucosos endurecidos bilaterales, con sintomatología dolorosa. Las hipótesis diagnósticas fueron: Cálculo de glándulas salivales menores y Neuroma traumático. Las biopsias excisionales fueron realizadas en dos etapas: inicialmente la remoción de la lesión del lado izquierdo y posteriormente, del lado derecho. Los especímenes fueron enviados al Servicio de Anatomopatología para análisis de los mismos. Al examen microscópico, los cortes revelaron la presencia de conductos de glándulas salivales menores revestidos por epitelio pavimentoso estratificado con áreas hiperplásicas y masas calcificadas intraductales, evidenciando laminaciones concéntricas. Subyacente se notó tejido conjuntivo fibroso con focos de infiltrado inflamatorio moderado, acinos e conductos de glándulas salivales menores, además de células adiposas y tejido muscular. El diagnóstico anatomopatológico establecido fue de sialolitiasis bilateral de glándulas salivales menores.

C. 130**Aplicação do Carisolv em Lesões de Cárie de Pacientes com Disfunção Neuro-Motora**

Rocha JC, Abud KR, Teixeira RTS, Gomes MF

Núcleo de Estudo e Atendimento a Pacientes Especiais (NEAPE). Faculdade de Odontologia de São José dos Campos. UNESP. Brasil

Carisolv é um gel a base de hipoclorito de sódio e aminoácidos que dissolve o tecido cariado sem afetar as estruturas dentárias sadias e não promove ações diversas no tecido pulpar, preservando o dente tratado e dispensando o uso de anestesia local e instrumentos rotatórios. O paciente com disfunção neuro-motora apresenta alteração intelectual e limitação nos movimentos caracterizada clinicamente por reações motoras voluntárias e/ou involuntárias com contrações musculares abruptas ou lentas. Diante da dificuldade em realizar os procedimentos clínico-odontológicos nesses indivíduos devido a essas alterações, despertou o interesse em estudar a eficácia do Carisolv na remoção de cárie dentária primária em dentes permanentes e decíduos de pacientes com disfunção neuro-motora e verificar a preservação de estruturas não comprometidas pelo processo de cárie, mediante as análises clí-

nica e radiográfica. Vinte crianças e adolescentes com disfunção neuro-motora e lesões de cárie de dentina do tipo primária foram selecionados e atendidos no Núcleo de Estudo e Atendimento a Pacientes Especiais (NEAPE) da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos-UNESP. Inicialmente, realizou-se raspagem para a remoção de placa bacteriana e cálculo supra e subgingival, polimento coronário e radiografias das lesões de cárie. Em seguida, aplicou-se o Carisolv sobre as lesões de cárie durante 30 segundos e o tecido cariado foi retirado com o auxílio de instrumentos manuais especialmente adaptados, sem a necessidade de irrigar e secar a cavidade. A cavidade tratada foi preenchida com material restaurador de acordo com a estética e função do dente afetado. Diante dos resultados obtidos, pudemos concluir que o Carisolv removeu efetivamente o tecido cariado sem provocar efeitos adversos; promoveu boa aceitação pelos pacientes com disfunção neuro-motora, diminuindo o estresse e a ansiedade e proporcionando melhor conforto após os procedimentos clínicos; e não alterou a topografia superficial das estruturas sadias do esmalte e da dentina.

SUBSÍDIO FAPESP: 00/00645-1

C. 131**Evolución de lesiones bucales durante el tratamiento quimioterápico de leucemia linfoblástica aguda: caso clínico**

Gomes MF, Kohlemann KR, Plens G, Silva MM, Salgado MAC, Rocha JC

Facultad de Odontología de San José de los Campos. UNESP. Brasil

Paciente masculino, leucoderma, de 12 años fue atendido por el Núcleo de Estudio y Atendimento a Pacientes Especiales (NEAPE) de la Facultad de Odontología de San José de los Campos – UNESP y por el Grupo de Pediatría Oncológica (GRUPO), para tratamiento de mucositis severa, gingivitis ulcerativa necrosante aguda, candidiasis y asimetría facial con señales inflamatorias. El paciente estaba en tratamiento quimioterápico de leucemia linfoblástica aguda por cinco años, presentando dos recidivas durante la evolución de la leucemia, y mostraba hinchazón de la cara, fiebre y dolor generalizado en la boca. El examen físico reveló un mal estado general, palidez, desnutrición, eúnea e ictericia. El examen clínico extra-bucal mostró edema en

lado derecho del rostro y un eritema cutáneo moderado. El examen clínico intra-bucal mostró ulceraciones generalizadas con extensas áreas de necrosis en la mucosa del paladar óseo, extendiéndose para la región posterior. Las encías, libre e insertada, estaban ulceradas y edematosas con áreas de exudado y sangrado espontáneo, principalmente en la región de los dientes anteriores superiores e inferiores. La mucosa lingual se encontraba depapilada y saburral, por la precaria higiene bucal. El paciente presentaba ausencia de caries, limitación en la apertura de la boca y olor fétido. Después de la citología exfoliativa de las áreas afectadas, el diagnóstico fue de infección mixta por *Candida albicans* y bacterias. El tratamiento preconizado fue la administración de antibiótico y antifúngico, profilaxis del periodonto, orientación y control de la higiene bucal y además una dieta adecuada durante toda la etapa de remisión de la enfermedad.

C. 132

Aspectos clínicos y de laboratorio en el diagnóstico de la anemia de Fanconi: Presentación de un caso

Gomes MF, Teixeira RTS, Plens G, Salgado MAC, Schreiner CC, Rocha JC

Facultad de Odontología de San José dos Campos. UNESP. Grupo de Pediatría Oncológica (GRUPO). HEMOVIDA. Servicio de Hematología y Hemoterapia. Brasil

La anemia de Fanconi es una anomalía autosómica recesiva rara, caracterizada por pancitopenia, hipoplasia progresiva de la médula ósea, aberraciones cromosómicas y alteraciones fenotípicas congénitas. La paciente de 23 años, femenina presentaba heridas cruentas con áreas necróticas y pérdida de tejidos en el rostro, sangrado gingival y hematomas en los labios superior e inferior. Esta paciente fue atendida por el Núcleo de Estudio y Atendimento a Pacientes Especiales (NEAPE) de la Facultad de Odontología de San José de los Campos – UNESP y por el HEMOVIDA – Servicio de Hematología y Hemoterapia. En la historia clínica, la paciente se mostraba pálida con la piel cenicienta, cara sindrómica, baja estatura, debilidad, amigdalitis periódicas y con historia familiar de dos hermanas exhibiendo el mismo cuadro clínico y un hermano normal. Los exámenes de laboratorio realizados revelaron pancitopenia moderada, médula ósea hipocelular, alteraciones displásicas granulocítica, eritrocítica y mega-

cariocítica, quiebras cromosómicas (30%) y mutación del-3788 en dos alelos del gen FAA (Fanconi Anemia complementation group A), estableciéndose el diagnóstico de anemia de Fanconi. El trasplante de médula ósea no fue posible debido a la incompatibilidad HLA del hermano, optándose por un tratamiento auxiliar. Después de 7 años de control, la paciente presentó pancitopenia severa y, consecuentemente a esa inmunosupresión, desarrolló un absceso en la región infra-orbicular del lado derecho, evolucionando a flemón. Este proceso invadió la fosa nasal en toda su extensión y provocó necrosis tisular en las narinas, regiones del septo y fosa nasal y posterior de la órbita. El examen intra-bucal reveló sangrado gingival, edema en las papilas interdentes, hematomas en los labios superior e inferior y una higiene bucal satisfactoria. El análisis de la citología exfoliativa de las áreas afectadas de la boca mostró un proceso inflamatorio clase II de Papanicolaou, causado por bacterias y *Candida*. El tratamiento preconizado fue la administración de antibiótico, antifúngico y anti-inflamatorio, enjuagues con soluciones antisépticas, profilaxis periodontal, orientación y control de la higiene bucal, una dieta alimentar durante toda la etapa de remisión de la enfermedad. En la recuperación estética del paciente, fue confeccionada una prótesis facial para la reconstrucción de los tejidos perdidos.

C. 133

Estudio histomorfométrico de la reparación de pulpa dental después del recubrimiento directo con 2-octil cianoacrilato

Gomes MF, Santos VW, Salgado MAC

Facultad de Odontología de San José dos Campos – UNESP. Brasil

Objetivo: estudio histomorfométrico comparativo del proceso de reparación del tejido pulpar de dientes de perros después del recubrimiento directo con 2-octil cianoacrilato (2-OCA) o con hidróxido de calcio, en cavidades con exposición pulpar coronaria de los caninos y segundos premolares, superiores e inferiores.

Material y Métodos: Fueron utilizados 24 dientes permanentes de perros adultos, divididos en dos grupos de doce animales cada uno: tratado y control. En las cavidades de exposición pulpar, en el grupo tratado se aplicó el 2-OCA y en el grupo control se aplicó el hidróxido de calcio en polvo y pasta. Posteriormente, las cavidades fueron totalmente llenas con cemento

de ionómero de vidrio y la superficie fue protegida con sellante autopolimerizable. Después de 15, 30 y 45 días, los animales fueron sacrificados con dosis letales de soluciones anestésicas de pentobarbital. Los dientes fueron removidos, fijados en solución de Bowin, posteriormente descalcificados en ácido fórmico 20% y procesados para inclusión en parafina. Los cortes histológicos teñidos con H&E fueron analizados por la microscopía de luz para el estudio histomorfométrico.

Resultados-Conclusiones: el 2-OCA no interfirió en la formación de dentina reparadora después del recubrimiento directo; si bien el proceso inflamatorio fue más intenso en este grupo tratado. Así, el 2-OCA no debería ser indicado como material protector en el recubrimiento directo, pero podría ser utilizado para la protección del complejo dentinopulpar.

SUBSÍDIO FAPESP: 00/00310-0

C. 134

Lesión proliferativa no neoplásica con crecimiento atípico en osteopetrosis maligna: Presentación de un caso clínico

Gomes MF, Peixe S, Plens G, Pontes EM, Salgado MAC, Rocha JC

Facultad de Odontología de San José de los Campos. UNESP. Brasil

La Osteopetrosis es una lesión ósea metabólica caracterizada por esclerosis esquelética generalizada causada por un defecto del proceso de reabsorción y remodelación ósea. En este trabajo, relatamos un caso clínico de osteopetrosis maligna presentando una lesión proliferativa no neoplásica con crecimiento atípico, de origen desconocida, localizada en la región del ramo mandibular izquierdo y en el pie ipsilateral. El paciente, de sexo masculino, de 6 años, atendido por el Núcleo de Estudio y Atendimento a Pacientes Especiales (NEAPE) de la Facultad de Odontología de San José de los Campos – UNESP y por el Grupo de Pediatría Oncológica (GRUPO), estaba pálido y mostraba petequias en los miembros superiores e inferiores, macrocefalia, esplenomegalia, pancitopenia severa, genu valgo, amaurosis, parada del crecimiento pondo-estatural, esclerosis ósea generalizada, hipocalcemia e infecciones recurrentes con otitis media aguda. La biopsia de la médula ósea mostró tejido óseo desorganizado, bastante celular con aspecto mosaico y tejido conectivo entre ellas, no evidenciándose una médula ósea normal. Muchos osteoclastos esta-

ban presentes y aparentemente sin función debido a la ausencia de lagunas de Howship. Así, el diagnóstico de osteopetrosis fue establecido. En el examen intra-bucal, notamos esclerosis ósea generalizada e irregular del complejo maxilo-mandibular, espesamiento de las arcadas dentarias superior e inferior con mucosa alveolar de aspecto normal. Todavía notamos retardo en la erupción dentaria y pérdida precoz de los dientes deciduos. La terapia recomendada fue la transfusión sanguínea y antibióticoterapia para tratamiento de infecciones oportunistas. El trasplante de médula ósea recomendado no fue posible debido a la ausencia de un donante compatible.

C. 135

Manejo Clínico-quirúrgico de la Trombastenia de Glanzmann en Odontología: Presentación de un caso

Gomes MF, Melo RM, Plens G, Salgado MAC, Rocha JC

Faculdade de Odontologia de São José dos Campos – UNESP. Grupo de Pediatria Oncológica (GRUPO). HEMOVIDA. Servicio de Hematología y Hemoterapia. Brasil

La Trombastenia de Glanzmann es una alteración hematológica rara, hereditaria y autosómica recesiva de la agregación plaquetaria con coagulación humoral y conteo de plaquetas normal, caracterizada por un defecto cuantitativo y cualitativo de las glicoproteínas IIb y IIIa de la membrana plaquetaria. A.S.G., paciente de 6 años de edad, femenina y leucoderma manifestaba dolor del diente en la región de los segundos molares caducos inferiores, con indicación de extracción dental, y gingivitis moderada en la región de los dientes anteriores superiores e inferiores, con áreas de sangrado. La historia clínica de la paciente mostró epistaxis de repetición y anemia; la prueba de agregación plaquetaria no evidenció respuesta para adrenalina y para colágeno, pero fue normal para ristocetina, estableciéndose el diagnóstico de Trombastenia de Glanzmann. La niña fue atendida por el Núcleo de Estudio y Atendimento a Pacientes Especiales (NEAPE) de la Facultad de Odontología de San José de los Campos-UNESP para tratamiento de las lesiones dentales y periapicales causadas por el proceso de carie, extracción dental y para prevención y profilaxis odontológica. Los procedimientos clínicos de apoyo fueron realizados en conjunto con el Grupo de Pediatría Oncológica (GRUPO) y con el HEMOVIDA – Servicio de

Hematología y Hemoterapia, administrándose el medicamento ácido aminocaprónico (IPSILON), 6 horas antes y 48 horas después de cada intervención, con el propósito de prevenir sangrados. Para las extracciones dentales, el paciente se sometió a transfusión plaquetaria antes de la cirugía, para evitar posibles complicaciones. Las alteraciones bucales importantes de ésta enfermedad fueron los sangrados debido a la presencia de lesiones periodontales y/o de extracciones dentales negligentes. Consideramos que la falta de informaciones específicas para las personas que conviven con esos pacientes en casa o en la escuela puede ocasionar incómodos y secuelas graves para el individuo afectado.

C. 136

Síndrome de boca ardiente: Análisis clinicopatológico de una serie de casos en el País Vasco

Eguía A, Sagasta O, Echevarría MA, Martínez-Conde R, Aguirre JM

Medicina Bucal. Departamento de Estomatología. Universidad del País Vasco. EHU Leioa. España

Objetivo: Conocer las características clinicopatológicas de los pacientes con Síndrome de Boca Ardiente (SBA) en nuestro medio, buscando factores etiopatogénicos que nos permitan una terapia efectiva. **Materiales y Métodos:** Hemos estudiado 30 pacientes (29 mujeres / 1 hombre) con una edad media de 60.2 años. En todos los casos se cumplimentó un protocolo previamente establecido, una exploración bucofacial, medición de flujo salival en reposo y del pH salival, y toma con torunda para cultivo de hongos. **Resultados:** Los síntomas más comunes fueron la “sequedad” y el “mal sabor” (60%), seguido de “quemazón o ardor” (53.3%). La localización más común fue la lengua (66.7%). El 53.3% fueron SBA tipo II, el 30% tipo I y el 16.7% tipo III. El 70% presentaba una higiene oral deficiente. El 83% eran mujeres postmenopáusicas. El 13.3% eran diabéticos tipo II y el 6.7% mostraron déficits vitamínicos. Un 56.6% de los pacientes presentaban trastornos de ansiedad y/o depresión y tomaban fármacos potencialmente xerostomizantes. Un 44.4% de los pacientes portaban prótesis antiguas y desajustadas. La tasa de salivación en reposo estaba reducida en el 50% de los pacientes. En ningún caso se produjo un crecimiento significativo de levaduras.

Conclusiones: El SBA muestra características especiales en nuestro medio que deben ser correctamente valoradas y tratadas. Entre ellas destacan la sequedad bucal, la higiene oral deficiente, las alteraciones protésicas y los trastornos psiquiátricos.

C. 137

Estudio histomorfométrico de la reparación ósea inducida por implantes de matriz dentinaria homóloga

Carvalho VAP, Tosello DO, Salgado MAC, Gomes MF

Faculdade de Odontologia.P-UNICAMP/FOSJC-UNESP. S.J.Campos. Brasil

La matriz dentinaria desmineralizada autógena (MDDA) implantada en cavidades óseas quirúrgicas ha demostrado un potencial osteogénico considerable, todavía pocos trabajos sobre el uso de la matriz dentinaria desmineralizada homóloga (MDDH) han sido descritos hasta éste momento.

Objetivo: Analizar los efectos de la MDDH en la reparación ósea.

Material y Métodos: Fueron utilizados 18 conejos adultos divididos en dos grupos: control (9) y tratados (9). En todos los animales fueron hechas cavidades quirúrgicas de 5 mm de diámetro en la región vestibular derecha del hueso mandibular. Solamente en el grupo tratado, en la región periférica de la cavidad ósea, fueron colocadas finas camadas de MDDH de 8 µm de grosor, preparadas siguiendo la técnica preconizada por Catanzaro-Guimarães et al. (Int. J. Oral Maxillofac. Surg. v.15, p.160-9, 1986). Todos los animales fueron sacrificados después de 30, 60 y 90 días para la disección de las hemimandíbulas, que fueron desmineralizadas en EDTA para la obtención de los cortes histológicos teñidos con H&E y Picrosirius. Estos fueron analizados para cuantificar la matriz ósea neoformada y el infiltrado de células inflamatorias mononucleares (ICIM). Los resultados fueron analizados por métodos estadísticos (ANOVA y Teste de Tukey - p<0,05).

Resultados: en el grupo tratado la media de formación de la matriz ósea fue mayor de un modo estadísticamente significativo. El conteo de las células del ICIM se mostró gradualmente menor y estadísticamente significativo en los diferentes períodos analizados.

Conclusiones: la MDDH induce la neoformación ósea de manera más rápida, con

mayor densidad y presenta buena tolerancia tisular.

C. 138

Patología oral observada en la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid.

Cancela P, Llamas S, Esparza G, Cerero R, Moreno LA, Campo J, Serrano C

Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. España

En nuestra experiencia en la asignatura de Medicina Bucal en la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid, entre los años 1996 - 2001 se realizaron un total de 466 historias clínicas, de diferente procedencia.

La patología más frecuentemente encontrada a lo largo de estos años estuvo compuesta por los casos de liquen plano (19% del total), síndrome de boca ardiente (11% del total) y en menor frecuencia lesiones exofíticas, enfermedades vesículo-ampollosas y otras patologías. Englobada la patología por grupos de enfermedades, el más numeroso resultó ser el de las mucodermatoses (liquen plano, enfermedades ampollosas, etc).

Asimismo podemos decir que en ese periodo, se realizaron un total de 185 biopsias con diversa patología. La patología más frecuentemente encontrada fue el liquen plano (16% del total).

Se analizan diversos factores epidemiológicos de todos los datos estudiados.

C. 139

Utilidad del test de azul de toluidina en patología de la mucosa oral

Llamas S, Cancela P, Esparza G, Cerero R, Campo J, Moreno LA, Serrano C

Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. España

El valor real de la tinción con azul de toluidina en Medicina Oral para el diagnóstico de las lesiones premalignas y malignas, sigue siendo un tema controvertido. La verdadera utilidad del test no está suficientemente aclarada.

Objetivo: Se pretende obtener una valoración objetiva de este test.

Material y métodos: Se realiza el test de azul de toluidina sobre 80 lesiones de la mucosa oral. Se han considerado como casos las lesiones malignizables y como controles aquellas que clínicamente se podrían catalogar como benignas, se consideran como control. Para ello, se le indica al paciente que se enjuague sucesivamente con ácido acético y azul de toluidina al 1%. Se toma biopsia en todos los casos y, en los que han sido positivos para el test, la muestra se obtiene de dicha zona positiva.

Resultados: Se obtienen unos datos de sensibilidad y especificidad del test de 60 y 65%, respectivamente. Por tanto, el poder diagnóstico global de la prueba no supera el 64%.

Conclusiones: Las cifras de sensibilidad y especificidad halladas son muy inferiores a las comunicadas por otros autores y sugieren la baja eficacia del test de azul de toluidina como método de diferenciación de lesiones premalignas y malignas de la cavidad oral.

C. 140

Fibroma osificante juvenil de los maxilares: aspectos del diagnóstico histopatológico

Sacsaquispe S, Delgado W

Servicio de Patología Oral. F. E. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. Perú

El Fibroma Osificante Juvenil (FOJ) de los maxilares es un tumor benigno, pero de comportamiento local agresivo que frecuentemente es confundido con Displasia fibrosa (DF) y Fibroma cemento osificante (FCO). No existe consenso sobre los criterios histológicos que permitan diferenciarlo del conjunto de entidades agrupadas como lesiones fibroósicas benignas.

Objetivo: Identificar los criterios histopatológicos que permitan establecer un diagnóstico preciso.

Material y Métodos: Se revisaron 4 casos diagnosticados como FOJ en sus aspectos macroscópicos y microscópicos. Los casos correspondían a dos mujeres de 14 y 23 años y dos varones de 19 y 11 años. En todos habían compromiso del cuerpo del maxilar superior y parte del hueso malar. Radiográficamente presentaban imágenes mixtas con predominio radiopaco. El estudio microscópico comprendió en el tejido blando: celularidad, mitosis, tamaño y forma de núcleos, disposición de las fibras colágenas. En el tejido duro: forma y disposición de las trabéculas, presencia de sustancia osteoide, actividad osteoclástica.

Resultados: Tres de los casos presentaban una definida cápsula fibrosa y había predominio del tejido blando sobre el calcificado. En todos los casos el tejido blando correspondía a un tejido conectivo dispuesto en forma entrelazada, muy celular con núcleos redondos u ovales. La mayoría de trabéculas óseas eran inmaduras e irregulares y algunas de forma redondeada. Todas presentaban un ribete de sustancia osteoide.

Conclusión: Las características histológicas encontradas difieren de las atribuidas a la DF y al FCO. Por lo tanto, es posible establecer un diagnóstico histopatológico de FOJ.

C. 141

Efecto de la administración de éxtasis sobre la atrición incisal en la rata

Gómez Sainz FM, Arrue A, Giralte MT

Departamentos de Estomatología y Farmacología. Facultad de Medicina y Odontología. UPV/EHU. Leioa. España

Se ha descrito la aparición de bruxismo en consumidores de cocaína y anfetamina, fármacos que incrementan la disponibilidad de dopamina, habiéndose sugerido una relación etiológica entre desequilibrios en la actividad dopaminérgica central y el desarrollo de dicha conducta. Asimismo, en la rata, se ha determinado que la administración de apomorfina, agonista dopaminérgico, induce conductas estereotipadas orales similares al bruxismo. Por otra parte, se han referenciado diversos casos de bruxismo asociado a tratamiento con fármacos antidepresivos del grupo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (5-HT), aunque el papel desempeñado por dicho neurotransmisor en la génesis del bruxismo ha sido menos estudiado. Este hábito oral también ha sido observado en consumidores de la 3,4-metilendioxi metanfetamina (MDMA, éxtasis), fármaco que afecta especialmente al sistema serotoninérgico central. El signo principal del bruxismo es un exagerado desgaste dentario o atrición. La cuantificación semanal de la velocidad de atrición incisal en la rata ha mostrado ser un método válido para determinar, de forma objetiva, la severidad de la conducta parafuncional masticatoria en un modelo animal (1). Con el objeto de evaluar la capacidad del éxtasis para inducir actividad masticatoria parafuncional, y de contrastar el papel que podría desempeñar la 5-HT en su etiopatogenia, se valoró la velocidad de

atracción incisal en dos grupos de ratas ($n=7$) que recibieron MDMA (2 ciclos de 20 mg/kg/2 veces día/2 días, s.c.) a las 18h y 8 días de finalizar el tratamiento. En otro grupo ($n=8$) se determinó la velocidad del desgaste tras la administración secuencial del inhibidor de la síntesis de 5-HT, *p*-clorofenilalanina (PCPA, 2 ciclos de 150 mg/kg/24h/3 días, i.p.) y de MDMA (2 ciclos de 20 mg/kg/2 veces día/2 días, s.c.), a las 18h de la última dosis de éxtasis. Otro grupo ($n=11$) fue tratado con salino y utilizado como control. Tanto a las 18h como a los 8 días de la administración de la última dosis de MDMA se halló un incremento del desgaste dentario (22% y 24%, respectivamente; $p<0.017$, Kruskal-Wallis seguido del test U de Mann-Whitney) con respecto al grupo control. Tras la administración secuencial de PCPA y MDMA, el aumento en el desgaste fue más severo que el hallado a las 18h del tratamiento con MDMA (51%, $p<0.017$). Estos resultados indican que modificaciones en la neurotransmisión serotoninérgica pueden desempeñar un papel más relevante que el considerado en la actualidad en la etiopatogenia del bruxismo. Financiado por UPV/EHU (026327 EB4472/98)

C. 142 **Análisis Clínico-Histológico de tumores de glándulas salivales UAM-X Mexico (1979-2001)**

González-Guevara MB, Villatoro-Ugalde VG, Torres-Tejero MA

Universidad Autónoma Metropolitana-Xoch.
Mexico DF. Mexico

Si bien los tumores de glándulas salivales se reportan como una patología poco común, se registra una incidencia mundial de 1 a 1.5 casos por 100000 habitantes, además constituyen menos del 1% de todos los tumores del organismo y del 3 a 6% de los tumores de cabeza y cuello, y presentan una gran gama de aspectos histomorfológicos.

Objetivo: Conocer la frecuencia de las neoplasias benignas y malignas de glándulas salivales mayores y menores, así como sus características clínicas e histológicas.

Material y Métodos: Se examinaron las biopsias que fueron enviadas al Laboratorio de Histopatología de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco en el periodo de 1979 a Abril del 2001. Los criterios histológicos se basaron en el reciente sistema de clasificación de la OMS. Las biopsias fueron procesadas en bloques de parafina en cortes

de 4 micras y teñidas con HE y los casos requeridos con PAS y Mucicarmin.

Resultados: Se recibieron en total 4593 biopsias de las cuales 52 (1.1%) correspondieron a los tumores de glándulas salivales; de estos 35 (67.3%) fueron clasificados como tumores benignos y los 17 (32.7%) como malignos, 19 casos se presentaban en hombres y 33 en mujeres. La edad promedio de las personas afectadas fue de 43.7 años. El tumor benigno más frecuente fue el adenoma pleomorfo con 32 casos y el carcinoma mucopidermoide entre los malignos con 7 casos. Las glándulas más afectadas fueron las del paladar, seguidas de la parótida y la mucosa bucal en ambas condiciones y la edad más prevalente fue la 3ª y 4ª década para las neoplasias benignas, mientras que las malignas se distribuyeron en todas las décadas de la vida. El 72% de las lesiones benignas y el 52% de las malignas cursaron asintomáticas, mientras que el 47% de las malignas presentó dolor y solo el 25% de las benignas lo manifestó.

Conclusiones: La neoplasia más frecuente fue el adenoma pleomorfo y la localización más común fue en glándulas salivales menores además de que un alto porcentaje de pacientes no reportó sintomatología.

C. 143 **Quistes odontogénicos. Análisis de 856 casos registrados en dos servicios de Patología Bucal de la ciudad de Mexico**

Mosqueda A, Irigoyen ME, Díaz MA, Torres MA

Departamento de Atención a la Salud.
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Mexico DF. Mexico

Los quistes odontogénicos (QO) representan una de las principales causas de destrucción de los maxilares. La información relativa a estas entidades en población mexicana es escasa.

Objetivo: presentar la frecuencia registrada de QO en dos servicios de diagnóstico histopatológico bucal en la Ciudad de México, así como comparar los hallazgos con lo reportado en otras poblaciones y analizar su posible asociación con el género de los afectados y el tipo de servicio de diagnóstico de procedencia.

Material y Métodos: Se registraron 856 QO, de los cuales 449 (52.4%) se presentaron en hombres, 403 (47%) en mujeres y en 4 casos (0.4%) no se conoció el género. Se identificaron 8 variedades de QO de un total de 10 entidades reconocidas por la O.M.S.

Resultados: Los QO más frecuentes fueron: quiste radicular (342 casos), quiste dentígero (283 casos) y queratoquiste odontogénico (184 casos). En conjunto, estas tres entidades representaron el 94.5% del total. Tanto el género como el tipo de servicio de procedencia tuvieron una asociación significativa con quistes dentígeros y radiculares ($p<0.01$). Otras entidades registradas fueron: Quiste residual (19 casos), Paradental (12 casos), De erupción (7 casos), Lateral periodontal (7 casos) y Odontogénico glandular (2 casos). **Conclusiones:** El conocer el origen, los aspectos clínico-patológicos y la conducta biológica de los QO son aspectos fundamentales para su detección oportuna y manejo adecuado.

C. 144 **Gingivoestomatitis herpética**

Valerón F, Morilla J, Caballero R

C.S. Jinamar Remudas. Servicio Canario de Salud. Las Palmas Gran Canaria. España

El cuadro clínico del contagio primario del virus tipo I del virus Herpes Simple es la gingivoestomatitis herpética. Aparece, la mayoría de las veces, en niños entre los dos y los cuatro años, aunque también puede observarse en jóvenes y adultos.

El presente trabajo se desarrolla en un Centro de Salud de la isla de Gran Canaria, durante el año 2000 – 2001, con un total de adultos observados de 3404 personas y 146 niños, observando que 10 de estos niños (6,8%) y 4 adultos (0,1%), presentaron gingivoestomatitis herpética. Se analizará la clínica de las lesiones, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos. Haremos mención a la aparición de dichos cuadros, en relación a las alteraciones medioambientales y climáticas.

C. 145 **Posibles riesgos derivados del uso de los factores de crecimiento plaquetarios (PDFG)**

Gonzalo JC, Cano J, Campo J, Martínez JM, Seoane J, Esparza G

Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Odontología y Medicina. Universidad de Santiago de Compostela. España

El tejido óseo contiene numerosos péptidos señalizadores celular –a– célula llama-

dos factores de crecimiento. Estos factores de crecimiento se piensa que tienen unos importantes efectos reguladores en el remodelado y la cicatrización ósea, debido a sus potentes efectos en el metabolismo celular óseo.

Estudios *in vivo* en la última década han demostrado que estos factores de crecimiento son candidatos para su uso clínico en cirugía ortopédica y cirugía oral y maxilofacial. En numerosas situaciones clínicas la cicatrización y neoformación ósea obtenida ha mejorado los resultados de los procedimientos quirúrgicos y en la actualidad están siendo ampliamente utilizados en traumatología y odontología. Algunos autores opinan sin embargo que estos factores de crecimiento podrían desempeñar un papel importante en el crecimiento de tumores.

Nos proponemos realizar una amplia revisión de la literatura, de estudios realizados tanto *in vivo* como *in vitro*, para intentar averiguar los posibles riesgos derivados del empleo de concentrados a base de plasma rico en plaquetas (PRP) y los factores de crecimiento en ellos incluidos.

C. 146 Valoración del estado bucodental en 50 pacientes con diabetes mellitus

Martínez A, Bagán JV, Jiménez Y, Haya C, Gavalda C

Servicio de Estomatología. Hospital General Universitario de Valencia. Medicina Bucal. Universidad de Valencia. Valencia. España

Objetivo: Analizar el estado de salud dental y periodontal de los pacientes diabéticos, así como la posible patología de la mucosa oral y la secreción salival.

Material y Métodos: El estudio se llevó a cabo con 50 pacientes diabéticos valorando el estado de las mucosas orales, el estado dental mediante el índice CAO_d, el grado de higiene oral, el estado periodontal mediante el índice periodontal y de pérdida de inserción; y la fisiología de las glándulas salivales mediante una sialometría total en reposo (STR), una sialometría total estimulada (STE) con parafina y una sialometría parotídea estimulada (SPE) con ácido cítrico al 2%.

Resultados: De los 50 pacientes diabéticos estudiados solo 10 (20%) presentaban alguna lesión oral, de los cuales 4 (8%) tenían liquen plano oral. Hallamos un índice CAO_d medio de 14.80 ± 1.24 y un índice periodontal y de pérdida de inserción medio de 2.95 ± 0.11 mm y $3.56 \pm$

0.20 mm respectivamente. En cuanto a las sialometrías se obtuvo una media para la STR de 0.23 ± 0.026 ml/minuto, para la STE de 0.52 ± 0.048 ml/minuto y para la SPE de 0.28 ± 0.039 ml/minuto. Además se observó que los pacientes diabéticos con la complicación asociada de retinopatía tenían más dientes ausentes que los diabéticos sin retinopatía, siendo estadísticamente significativo este hallazgo.

Conclusiones: Los 50 pacientes diabéticos estudiados presentaban un índice CAO_d elevado, sobre todo por el número de dientes ausentes que se tenían. El control metabólico de la diabetes, no influyó en el estado periodontal. La secreción salival medida objetivamente estaba disminuida en nuestros pacientes diabéticos, manifestándose de forma más llamativa en la STE y SPE.

C. 147 Aspectos clínicos de 23 pacientes con pénfigo y penfigoide oral

Saiz A, Bagán JV, Milián MA, Gavalda C, Martínez E

Servicio de Estomatología. Hospital General Universitario de Valencia. Medicina Bucal de la Universidad de Valencia. Valencia. España.

Objetivo: Comparar las características clínicas de los pacientes con pénfigo y penfigoide en la cavidad oral.

Material y Métodos: Este estudio se realizó en el Servicio de Estomatología del Hospital General Universitario de Valencia, en un período de tiempo comprendido entre Octubre de 1999 y Enero del 2001. El grupo de estudio está constituido por 23 pacientes, de ellos 8 (35%) con pénfigo y 15 (65%) con penfigoide. Todos los pacientes fueron diagnosticados de pénfigo y penfigoide desde el punto de vista clínico, histológico e inmunohistoquímico. En todo paciente llevamos a cabo un protocolo, en el que se tomaron en cuenta diferentes parámetros: edad, sexo, sintomatología, afectación oral y extraoral, tiempo de evolución, localización de las lesiones y la evolución de las mismas.

Resultados: La edad media de los pacientes con pénfigo fue de 56,88 años y la de penfigoide de 65,67 años. En ambos grupos de pacientes existió un predominio del sexo femenino con respecto al masculino. El tiempo medio de evolución transcurrido desde la aparición de las lesiones hasta su diagnóstico fue de 12,75 meses en el pénfigo y de

20,97 meses en el penfigoide. Los síntomas más severos se presentaron en los pacientes con pénfigo, refiriendo dolor en un 50% de los casos, mientras que un 46,7% de los pacientes con penfigoide sólo referían molestias. La totalidad de los pacientes diagnosticados con pénfigo y penfigoide presentaban lesiones en la cavidad oral; sin embargo 4 pacientes de penfigoide (26,7%) y 3 de pénfigo (37,5%) presentaban lesiones en la piel. Las lesiones de pénfigo estuvieron localizadas más frecuentemente en cara ventral de lengua y piso de boca, representadas con un 50% en cada uno de ellos, seguido del tercio posterior de la mucosa yugal, el surco vestibular y el área retromolar, con un 37,5% respectivamente. Por otra parte, las localizaciones más frecuentes en el penfigoide fueron la encía vestibular (66,7%), el paladar blando (46,79%) y el paladar duro (26,79%). En general la evolución, tras el tratamiento de los pénfigoides fue mucho mejor y más satisfactoria la respuesta a los tratamientos.

Conclusiones: Existen claras diferencias entre las características clínicas presentes en los pacientes con pénfigo y penfigoide, específicamente en la sintomatología, la localización intraoral y la evolución de ambas enfermedades; manifestándose el pénfigo con características clínicas más agresivas que el penfigoide.

C. 148 Prevalencia de la leucoplasia y el liquen plano oral en 156 pacientes con carcinoma oral de células escamosas

Haya C, Bagán JV, Borja A, Martínez A, Milián MA

Servicio de Estomatología. Hospital General Universitario de Valencia. Medicina Bucal de la Universidad de Valencia. Valencia. España.

Objetivo: Comprobar la prevalencia de lesiones premalignas, tales como leucoplasia y liquen plano oral, asociadas a lesiones de carcinoma oral de células escamosas (COCE) y analizar las características clínicas de estas lesiones.

Material y Métodos: En 156 pacientes con Carcinoma oral de células escamosas (COCE), valoramos la presencia asociada de lesiones precancerosas, tipo leucoplasia (LE) y liquen plano (LI). Analizamos las diferencias que pudiesen existir, desde un punto de vista clínico, entre los pacientes con COCE y aquellos que además de este,

también presentaban alguna de las dos lesiones precancerosas señaladas (LE o LI).

Resultados: De los 156 pacientes estudiados, 18 (11,53 %) presentaban lesiones de liquen plano y cáncer en cavidad oral, mientras que 27 (17,30 %) tenían leucoplasia oral y cáncer oral asociados. Los restantes 111 (71,15 %) mostraban lesiones de COCE sin lesiones precancerosas. En aquellos pacientes que tenían, de forma simultánea, lesiones precancerosas (LE o bien LI) y COCE, se observaron unas estadíos tumorales más iniciales, manifestándose sobre todo por un menor tamaño del cáncer oral.

Conclusiones: Las lesiones precancerosas se asociaron a nuestros pacientes con COCE en un porcentaje próximo al 25%. Constatamos que los pacientes con lesiones precancerosas eran diagnosticados antes con un mejor pronóstico en base a su estadio tumoral.

C. 149

Valoración del estado bucodental del paciente con cáncer orocervicofacial previo tratamiento con radioterapia

Martínez E, Bagán JV, Borja A, Saiz A, Llena C.

Servicio de Estomatología. Hospital General Universitario de Valencia. Medicina Bucal de la Universidad de Valencia. Valencia. España.

Objetivos: Estudiar el estado bucodental de un grupo de pacientes con cáncer de la esfera orocervicofacial, que iban a recibir tratamiento con radioterapia.

Material y Métodos: Estudiamos en un grupo de 105 pacientes diagnosticados de neoplasias en el área orocervicofacial, el grado de higiene oral (índice de placa de Silness-Löe), el estado dental (índice CAO_d) y el estado periodontal mediante la valoración de la profundidad de bolsas periodontales (índice CPI modificado) y de la pérdida de inserción; estudio similar fue realizada también en un total de 34 individuos sanos de edad y sexo similares al grupo de pacientes objeto de estudio. Tras ello, consideramos los posibles tratamientos orales que precisaban los pacientes oncológicos antes de iniciar la radioterapia.

Resultados: El 58% de los pacientes, mostraban hábitos de higiene oral escasos, con un promedio de índice de placa de 1,65±0,85; el índice CAO_d fue de 18,14±0,71, valor elevado debido al

número de dientes cariados y ausentes por caries que presentaban; los promedios de profundidad de bolsa y de pérdida de inserción fueron de 4,5±0,13 y de 7,5±0,21 respectivamente; al comparar con el grupo de individuos sanos, observamos que existían diferencias estadísticamente significativas en todos los parámetros analizados, a excepción del índice CAO_d. De los 105 pacientes oncológicos, 97 eran dentados, y de ellos sólo 13 no precisaban tratamientos previos a la radioterapia; la media de exodoncias que eran recomendables fue de 8,49±0,81; 42 individuos precisaban tratamientos dentales conservadores y 61 necesitaban algún tipo de tratamiento periodontal.

Conclusiones: Los pacientes con cáncer de la región orocervicofacial estudiados, mostraban en su mayoría grandes problemas dentales y/o periodontales, así como una inadecuada higiene oral, antes de recibir la radioterapia.

C. 150

Displasia fibrosa de los maxilares. Presentación de nueve casos

Petti F, Bagán JV, Borja A, Jiménez Y, Milián MA

Servicio de Estomatología. Hospital General Universitario de Valencia. Medicina Bucal. Universidad de Valencia. Valencia. España.

Objetivo: Analizar las características clínicas y radiológicas de 9 casos de displasia fibrosa monostótica de los maxilares.

Material y Métodos: El grupo de estudio fue compuesto de 9 personas diagnosticadas de displasia fibrosa monostótica de los maxilares en el Servicio de Estomatología del Hospital General Universitario de Valencia. Todos los pacientes fueron examinados clínicamente y radiográficamente de manera detallada a través de un protocolo donde analizábamos los datos clínicos, tales como la edad, sexo, localización en maxilar o mandíbula, sintomatología, tamaño de la lesión y aspecto radiográfico de la misma.

Resultados: De los 9 pacientes estudiados, 56% eran hombres y 44% mujeres. Las edades variaban de 24 a 80 años, con un promedio de 43,55 años. Los casos de displasia fibrosa monostótica afectando el maxilar superior y localizándose en región posterior fueron los más frecuentes (67%). El tiempo de evolución de la enfermedad varió aproximadamente entre 2 meses y 20 años con un

promedio de 6,5 años y se ha encontrado la mayor parte de los pacientes del estudio sin sintomatología dolorosa. Hubo una mayor presentación del aspecto radiográfico radioopaco. El tamaño aproximado de las lesiones varió entre 1,5 x 2 cm a 8 x 5 cm, con un promedio de 3,8 x 2,6 cm.

Conclusiones: La deformidad facial ha sido el signo más importante para el diagnóstico de la Displasia fibrosa en los 9 pacientes estudiados, presentándose con un largo tiempo de evolución y crecimiento lento en forma de una imagen radiográfica, en la mayor parte de las ocasiones, de aspecto radioopaco.

C. 151

Tumores de glándulas salivales menores: Estudio clínico de 28 casos

Lloria M, Bagán JV, Lloria E, Borja A, Martínez M

Servicio de Estomatología. Hospital General Universitario de Valencia. Medicina Bucal. Universidad de Valencia. Valencia. España.

Objetivos: Analizar si existen diferencias epidemiológicas, clínicas y radiológicas entre los tumores benignos y malignos de glándulas salivales menores.

Material y Métodos: Grupo de 28 pacientes diagnosticados de tumores de glándulas salivales menores (TGSM) mediante biopsia. Del total de la muestra, 11 eran benignos y 17 malignos. A todos los pacientes se les paso un protocolo clínico que incluía datos epidemiológicos, clínicos y radiológicos.

Resultados: Encontramos que los TGSM son más frecuentes en varones con un 57,1%, teniendo los tumores malignos una ligera predilección por los varones y los benignos por las mujeres. La forma de presentación predominante fue de una tumoración de tiempo variable de evolución, ulcerada en superficie en el caso de los tumores malignos y del color normal de la mucosa en los tumores benignos, con un 67,4% y un 63,6% respectivamente. Radiográficamente los tumores benignos tenían una disposición unilocular y estaban bien delimitados.

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio sugieren que si que existen diferencias epidemiológicas, clínicas y radiográficas que nos pueden orientar hacia el diagnóstico de benignidad o malignidad en los TGSM.

C. 152**Osteoartritis de los complejos articulares temporomandibulares: Estudio clínico y radiológico en 16 pacientes**

Martínez M, Bagán JV, Poveda R, Fons A, Jiménez Y

Servicio de Estomatología. Hospital General Universitario de Valencia. Medicina Bucal de la Universidad de Valencia. Valencia. España

Objetivo: El objetivo del presente estudio fue describir las características clínicas y radiológicas de los pacientes con osteoartritis (OA) de los complejos articulares temporomandibulares (CATM).

Material y Métodos: En el estudio participaron aquellos pacientes, que reunieran los criterios diagnósticos para la OA propuestos por Stegenga y cols en 1989, siendo un total de 16, de los cuales, 15 (93,8%) eran mujeres y 1 (6,3%) fue un hombre. La edad media de los pacientes fue de 46,63 años con un rango de edad entre los 23 y los 67 años. Los pacientes fueron sometidos a un protocolo de diagnóstico clínico registrando datos acerca de la naturaleza de los síntomas de los pacientes y objetivándolos mediante una exploración clínica tanto del complejo articular como de la musculatura asociada. A todos los pacientes se les realizó una resonancia magnética nuclear para poder estudiar tanto los posibles cambios óseos como la posición del disco articular en los movimientos mandibulares.

Resultados: Los signos clínicos más relevantes fueron la presencia de crepitación a la auscultación en un 93,8% de los casos, y una disminución en los movimientos mandibulares, tanto en la apertura como en los movimientos excéntricos. Los hallazgos radiológicos objetivaron una desviación de la morfología de las superficies articulares en un 62% de los casos en el lado derecho y en un 68,8% de los pacientes en el lado izquierdo. Con respecto a la posición del disco articular, se observó un desplazamiento anterior sin reducción en un 50% de los pacientes en el CATM derecho y en un 43,8% en los CATM izquierdos. Se encontró un caso con fractura del disco articular.

Conclusiones: Independientemente de la sintomatología, los pacientes con OA de los CATM presentan crepitación y disminución en el rango de los movimientos mandibulares, siendo la desviación de la morfología articular el rasgo radiológico más destacable.

C. 153**Liquen plano oral en placas. Estudio clínico de 18 pacientes**

Chaparro N, Bagán JV, Gavalda C, Petti F, Lloria M, Ramón C

Servicio de Estomatología. Hospital General Universitario de Valencia. Medicina Bucal de la Universidad de Valencia. Valencia. España

Objetivo: Analizar las características clínicas del subtipo de liquen plano en placas en un grupo de 18 pacientes.

Material y Métodos: El grupo de estudio estuvo compuesto por 18 pacientes atendidos en el Servicio de Estomatología del Hospital General Universitario de Valencia desde octubre de 1999 y enero 2001. Todos los pacientes debían presentar en el momento del diagnóstico el tipo clínico liquen plano en placas (LPP) comprobado mediante clínica e histopatología. Todos los pacientes fueron sometidos a un protocolo de investigación que contemplaba datos como edad, sexo, enfermedades asociadas, factores desencadenantes, presencia de restauraciones, medicación, sintomatología y evolución.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 58,4 con un rango entre 30 y 86 años. El 61,1% correspondió al sexo femenino y el 38,9% al sexo masculino. El 66,7% refirieron padecer de estrés y el 72,2% estaba tomando algún tipo de fármacos. La sintomatología más frecuente (55,6%) fue el escozor y la distribución de la lesión fue bilateral en la totalidad de los pacientes. El lugar mayormente afectado por el LPP fue la encía (66,7%) seguido de mucosa yugal (50%), lengua (44,4%), fondo del vestíbulo (22,2%), piso de boca (16,7%), labio (16,7%) y paladar (11,2%). El 33% de las lesiones localizadas en encía median más de 2 cm de diámetro, al igual que 22,2% de las lesiones localizadas en mucosa yugal y lengua respectivamente. No se encontró relación entre el LPP y niveles elevados de glucosa, transaminasas y serología positiva para el VHC.

Conclusiones: El liquen plano en forma de placas suele tener una localización multifocal y coexistir o no con otros tipos clínicos de la enfermedad, llegando a afectar grandes extensiones de tejido dentro de la cavidad oral.

C.154**Adenocarcinoma de células claras (tipo monomórfico). Presentación de un caso clínico**

Romero E, Gnepp D, Lozano R

Facultad de Odontología. UANL. Rhode Island Hospital. Departamento de Patología Oral. Monterrey. México

Diferentes neoplasias de las glándulas salivales, pueden estar parcial o totalmente constituidas por células claras. El aspecto claro del citoplasma es debido a una diferenciación celular mínima con reducción de orgánulos o bien a la acumulación de agua, glucógeno, sustancia mucoide, lípidos o gránulos de secreción inmaduros.

Las neoplasias que muestran células claras como su principal componente, se presentan tanto en las glándulas salivales mayores como en las menores y no son frecuentes, constituyendo aproximadamente el 1%, y se les ha dividido en 2 tipos: 1- Monofásico y 2- Bifásico.

Con respecto al tratamiento y pronóstico, estas neoplasias deben ser consideradas como adenocarcinomas de bajo grado de malignidad.

Se presenta un caso clínico de un adenocarcinoma de células claras (tipo monofásico) del labio inferior.

C. 155**Estudio de las alteraciones morfológicas por DMBA y bebidas alcohólicas en la carcinogénesis química bucal**

De Assis Taveira LA, Lages Lima N, De Arruda Moura R, Consolaro A

Universidad de San Paulo. Facultad de Odontología de Bauru. Brasil

Objetivo: observar el comportamiento biológico macro y microscópico de la mucosa lingual lateral de hamsters sirios dorados *Mesocricetus auratus*, después del contacto directo con bebidas de alto grado alcohólico (aguardiente y whisky) asociado con DMBA (9,10 dimetil, 2 benzantraceno).

Material y Métodos: Fueron divididos 60 animales en 3 grupos experimentales: grupo 1. DMBA mas aguardiente; grupo 2. DMBA mas whisky; grupo 3. DMBA. Fueron sacrificados 10 animales de cada grupo después de 13 y 20 semanas.

Resultados: Después de 13 semanas ocurrió la formación de carcinomas de células escamosas papiliformes en todos los grupos experimentales, particularmente en el grupo 2. Después de 20 semanas, los carcinomas observados eran de grandes dimensiones principalmente del grupo 2.

Conclusiones: las bebidas de alto grado alcohólico (aguardiente y whisky) tienen potencial carcinogénico promotor sobre la mucosa bucal y el whisky tiene potencial carcinogénico progresivo sobre la mucosa bucal.

C. 156

Efectos antiinflamatorios de la talidomida. Estudio experimental

De Arruda Moura R, Torres Rendón AC, Consolaro A, De Assis Taveira LA

Universidade de São Paulo. Faculdade de Odontologia de Bauru. Brasil

La Talidomida quedó marcada por la tragedia mundial en la década de los sesenta por sus efectos severos teratogénicos. A partir de 1964 fueron descubiertos y valorizados sus efectos antiinflamatorios e inmunomoduladores, siendo una opción terapéutica de varias enfermedades autoinmunes. En la medicina bucal su uso en el tratamiento de lesiones aftosas ha revelado resultados sorprendentes y clínicamente muy relevantes.

Objetivo: evaluar experimentalmente algunos de los efectos antiinflamatorios y tisulares de la talidomida.

Material y Métodos: Se evaluó por medio del: exámen edemogénico azul de Evans, cuantificación de leucocitos en leucogramas e implantación subcutánea de laminulas de vidrio y de PVC induciendo la formación de granulomas en el tejido subcutáneo. Para tales exámenes se utilizaron 180 ratas.

Resultados: Se observó un efecto antiinflamatorio moderado cuando fué comparado con el diclofenaco sódico; no hubo interferencia en la migración de neutrófilos; se encontró una reducción del número y volumen de los macrófagos y células gigantes multinucleadas inflamatorias; así como una reducción en la formación de fibras colágenas y en la maduración de los granulomas inducidos.

Conclusiones: Los hallazgos permiten afirmar que la talidomida actúa como antiinflamatorio de acción moderada, pero sus efectos principales deben de estar asociados a la acción sobre los componentes inmunológicos de los mecanismos de defensa, lo que explicaría su efecto terapéutico exuberante en las enfermedades autoinmunes inclusive en las aftas bucales.

C. 157

Paracoccidioidomicosis: Aspectos bucales y su correlación con los aspectos microscópicos

Torres Rendón AC, Grao Velloso TR, Sánchez Thome L, Consolaro A

Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo. Brasil

Por ser la paracoccidioidomicosis una enfermedad endémica en algunas regiones

del mundo, especialmente en América del sur.

Objetivo: fundamentar los aspectos clínicos y los procedimientos de diagnóstico, con base en los aspectos microscópicos encontrados en las biopsias incisionales.

Material y Métodos: Fueron estudiados 10 casos y analizados los parámetros: lugar de las lesiones, características de la superficie mucosa como color y aspereza, extensión, sintomatología, características personales del paciente y los problemas diagnósticos diferenciales. En el estudio microscópico fueron analizados el epitelio de la mucosa bucal, distribución del infiltrado inflamatorio y sus campos, presencia de áreas de necrosis y el grado de involucramiento de los planos vasculares y glandulares. El hongo *Paracoccidioides brasiliensis* fué identificado en coloraciones especiales y posteriormente evaluado en cuanto a su número, forma, tamaño, localización y tipo de esporulación.

Resultados: Aspectos como la presencia de microabscesos, congestión vascular superficial, áreas hemorrágicas explican el término estomatitis muriforme. El grado de necrosis está relacionado a la presencia de ulceraciones. Otras correlaciones muy interesantes acaban por justificar criterios diagnósticos y maniobras clínicas como: el crepitar al pasar la lámina sobre las superficies de las lesiones y su positividad en la citología exfoliativa.

C. 158

Liquen plano cutáneo vs bucal: estudio comparativo microscópico y distribución de las células de Langerhans

Rebellato V, De Santana EJB, Lourenço RM, Consolaro A

Universidade de São Paulo. Faculdade de Odontologia de Bauru. Brasil

El diagnóstico del liquen plano en la mucosa bucal y en la piel puede requerir un análisis microscópico de los tejidos.

Objetivo: comparar los cuadros microscópicos de esta enfermedad en la piel de la mucosa bucal y la distribución de las células de Langerhans.

Material y Métodos: fueron estudiados 28 especímenes con liquen plano en la mucosa bucal y 38 en la piel, obtenidos a partir de biopsias incisionales. Se utilizó la coloración de Hematoxilina Eosina, PAS, tricrómico de Masson-Goldner e inmunocitoquímica para la proteína S100.

Resultados: Se presentaron diferencias destacándose el padrón de queratinización, distribución del infiltrado inflamatorio y otros aspectos a ser demostrados. La distribución de las células de Langerhans fueron semejantes en ambas localizaciones, pero se encontraron incrementadas cuando fueron comparadas a los tejidos normales.

Conclusiones: existe un padrón microscópico propio para las lesiones de liquen plano localizadas en la mucosa bucal.

C. 159

Tratamiento con V-spread sobre puntos de restricción craneal en pacientes con trastornos temporomandibulares

Iturburu A, Pardo S, Ruiz JC

Clínica Quirón Donostia. San Sebastián. España

La dificultad principal en el diagnóstico diferencial de los pacientes con aumento de la tensión masticatoria consiste en saber si el problema masticatorio es primario o no, y si está interfiriendo en la postura general del individuo o no. Presentamos los resultados de la validación de una técnica osteopática, sencilla, gracias a la cual, podemos eliminar la interferencia del sistema masticatorio en el resto de los sistemas, disminuyendo y equilibrando la tensión muscular masticatoria.

Material y Métodos: 11 pacientes de edades comprendidas entre 27 y 58 años provenientes de la consulta de un osteópata y una clínica dental. Se estudió el espacio libre interoclusal y la tensión muscular mediante electromiografía de superficie, con un Myotronics K6-I (Myotronics Research, Inc, Seattle), antes y después de la técnica osteopática. Técnica: En pacientes con tensión muscular masticatoria por problema oclusal bruxismo u otros, aparecen puntos de restricción dolorosa a la palpación en la sutura coronal y la parieto escamosa. La relajación de dichos puntos se hace con la técnica V-spread.

Conclusión: La técnica osteopática empleada logra una disminución y equilibrio global en la tensión muscular de los pacientes, con especial incidencia en el aumento del espacio libre interoclusal, con los métodos de registro empleados. Son necesarias más investigaciones para llegar a incorporar rutinariamente esta u otras maniobras osteopáticas en el protocolo habitual de exploración de los pacientes con dolor orofacial.

C. 160**Maniobras simples para el despistaje de la etiología masticatoria del dolor orofacial**

Pardo S, Ruiz JC, Iturburu A

Clínica Quirón Donostia. San Sebastián. España

La comprensión y la reproducción fiable del funcionamiento del aparato masticatorio requiere, a menudo, de la realización de montajes diagnósticos en articulador y axiografías. Con el complemento de la Electromiografía. Cinemática. Radiografía y Resonancia magnética nuclear, es posible llegar a los diagnósticos muy exactos de la mayoría de las veces.

Este armamentarium no es habitual en la mayoría de los centros dentales, por lo que es necesaria la inclusión de maniobras sencillas para enfocar correctamente la dirección del tratamiento.

Dentro de los conceptos de resiliencia articular, patología sinovial, patología muscular y dolor facial referido de origen cervicodorsal presentamos las maniobras que incorporamos a nuestro protocolo de exploración clínica rutinaria, para aproximarse a la causa del dolor y poder enfocar las exploraciones complementarias y/o las colaboraciones necesarias para la terapéutica más adecuada.

C. 161**Exploración de pacientes con dolor facial. Protocolo**

Río A, Pardo S, Ruiz JC

Clínica Quirón Donostia. San Sebastián. España

La exploración de los pacientes con dolor facial requiere una historia clínica exhaustiva y una exploración sistemática de todos los tejidos y sistemas que componen el aparato estomatognático.

Presentamos el protocolo de exploración utilizado en nuestro centro, en el cual recogemos todos los datos de la historia clínica, así como las exploraciones directas y complementarias, recogiendo las sensibilidades de autores como Okenson, Rocabado, Winsen, Jankelson, Portes y Carlsson.

El objetivo es llegar a la comprensión diagnóstica del síndrome que sufre el paciente para enfocar la terapéutica de la manera más adecuada.

C. 162**Citología exfoliativa de la mucosa oral: estudio citomorfométrico comparativo entre pacientes con cáncer oral y pacientes sanos**

Freitas M, Reboiras MD, Carneiro JL, Crespo A, García A, Blanco A, Gándara JM

Máster de Medicina Oral, Cirugía Oral e Implantología. Facultad de Odontología. Universidad de Santiago de Compostela. España

La morfometría es un método objetivo usado en patología con fines de diagnóstico y pronóstico. Varios han sido los estudios que usan esta técnica para demostrar el concepto de cancerización de campo propuesto por Slaughter en 1953, que ha sido ampliamente utilizado para explicar la aparición de múltiples cánceres primarios y la recurrencia después de la excisión completa de la lesión primaria.

Objetivo: Identificar cambios citomorfométricos en la mucosa oral normal de pacientes con carcinoma de la cavidad oral en relación a pacientes libres de la enfermedad.

Material y Método: Se realizó una citomorfometría cuantitativa a través de la medición del área del núcleo (an) y del citoplasma (ac) y la relación del área núcleo citoplasma (an:ac) en 1000 células obtenidas por citología exfoliativa de la mucosa oral normal en 10 pacientes con carcinoma oral y 10 pacientes libres de la enfermedad. Las muestras fueron obtenidas de la mucosa yugal sana usando un raspador metálico, inmediatamente fijadas en etanol por una hora y teñidas por el método Papanicolaou. A cada paciente se le realiza dos tomas y se hace la elección aleatoria de las células hasta obtener una muestra de 50 por paciente. La medición se realizó a través de un sistema automático de análisis de imágenes conectado a un microscopio óptico con una magnificación de 10X. El análisis de los datos se realizó a través del paquete estadístico SPSS 1.0 para Windows.

Resultados: Los resultados para el grupo de pacientes con cáncer oral fueron: 22481,95µm media del área del citoplasma, 103.20µm de media del área del núcleo y 27.89µm de media de la relación núcleo/citoplasma.

En el grupo de pacientes sanos las medias para el área del citoplasma, área del núcleo y relación núcleo/citoplasma fueron de 2677,04µm (ac), 104,76µm (an) y 25,78µm (an:ac) respectivamente. Los resultados no han demostrado diferencias significativas en ninguno de los pará-

metros morfométricos utilizados cuando comparamos el grupo de pacientes con cáncer oral con el grupo de pacientes libres de la enfermedad.

Conclusión: Los resultados obtenidos difieren con los de otros autores que han encontrado una disminución del área del citoplasma en mucosa sana de pacientes con cáncer oral.

C. 163**Colonización oral de diferentes especies fúngicas en pacientes portadores de prótesis dentales removibles**

López J, Toribio J, Peñamaría M, Madriñán P, García A, Blanco A, Gándara JM

Máster de Medicina Oral, Cirugía Oral e Implantología. Facultad de Odontología. Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. España

Objetivo: Identificar las diferentes especies de hongos presentes en una serie de 85 aislamientos de la cavidad oral, de pacientes portadores de algún tipo de prótesis dental removable. También se intenta establecer una relación entre las especies identificadas y algunas patologías orales existentes en estos pacientes, así como el tipo de prótesis dental que usan.

Material y Métodos: Se realizaron 85 aislamientos de una misma cantidad de muestras orales correspondientes a 53 pacientes con edades comprendidas entre los 32 y 86 años que acudieron al Máster de Medicina Oral, Cirugía Oral e Implantología de la Facultad de Odontología de Santiago de Compostela. Todos estos pacientes eran portadores de alguna clase de prótesis dental removable. La identificación de las diferentes especies fúngicas existentes se llevó a cabo con los métodos API 20 C AUX (bioMérieux), el Rice Agar Tween (bioMérieux) y el test de la ureasa.

Resultados: De los 85 aislamientos estudiados, 72 presentaron crecimiento de algún género de hongo. En general la especie más frecuentemente aislada fue la *Candida albicans* (51. 4 % de los aislamientos) seguida de la *Candida tropicalis* (13. 9 %). La patología oral más diagnosticada fue la denominada palatitis subplaca o estomatitis protética en sus diferentes grados según Newton (46 casos de los 72 totales). En estos pacientes la especie aislada más abundante fue la *Candida albicans*, observándose un mayor número de diferentes especies presentes en aquellos aislamientos de pacientes que ade-

más de esta patología oral presentaban alguna enfermedad sistémica. En lo referente al tipo de prótesis removible destacar la mayor patogenicidad (mayor número de unidades formadoras de colonia por cm. cuadrado) de las especies identificadas en los pacientes portadores de prótesis acrílicas, sobre todo en aquellos con prótesis parciales.

Conclusión: Recalcar la importancia del odontólogo en la educación del paciente en lo referente al cuidado de las prótesis dentales, ante la evidente facilidad de las diferentes especies fúngicas para su colonización y posterior infección de la cavidad oral.

C. 164 **Estudio morfológico y ultraestructural de *Candida dubliniensis***

Gándara JM, Toribio J, Pereiro M, Beiras A, Gándara P, Pena A, García A

Máster de Medicina Oral, Cirugía Oral e Implantología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. España.

Objetivo: Estudiar las características fenotípicas de una cepa de *Candida* identificada con *Candida dubliniensis* mediante diferentes pruebas de laboratorio y microscopía óptica y ultraestructural.

Material y Métodos: La cepa corresponde a un aislamiento realizado en lengua de un paciente varón, 33 años, fumador, consumidor de drogas, con hepatitis C y boca séptica como única manifestación oral. La identificación se realizó mediante el test API 20 C AUX (bioMérieux) con el test de la ureasa y el Rice agar Tween (bioMérieux) como pruebas complementarias.

C. 165 **Histiocitoma fibroso maligno en el maxilar superior**

Madriñán P, Carneiro JL, Pereiro I, Baña S, Cameselle JM, García A, Blanco A, Gándara JM

Máster de Medicina Oral, Cirugía Oral e Implantología. Facultad de Odontología. Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. España

El histiocitoma fibroso maligno es un sarcoma de partes blandas, que afecta principalmente a varones entre 50 y 70 años. Puede originarse en hueso, donde tiene una evolución más agresiva. Aparece prin-

cialmente en las extremidades y retroperitoneo, siendo rara la presentación en cabeza y cuello. En la cavidad oral se han descrito casos en cualquier localización de tejidos blandos, y es más frecuente en maxilar que en mandíbula, debido según refieren distintos estudios, a que muchas lesiones se originan en la membrana del seno maxilar. Histológicamente, se trata de un tumor pleomórfico, con características anatomopatológicas similares a otras neoplasias, lo que hace necesario recurrir a técnicas inmunohistoquímicas y/o de microscopía electrónica para establecer un correcto diagnóstico diferencial. Son tumores de difícil tratamiento, ya que el grado de recurrencias es elevado (44%); siendo la primera opción la cirugía radical, complementada con radioterapia y quimioterapia, que reduzcan el tamaño del tumor y/o la aparición de metástasis (42%), principalmente en pulmón y nódulos linfáticos.

Caso Clínico: mujer de 58 años de edad, remitida a la consulta de Cirugía Maxilofacial del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, con una tumoración de gran tamaño de dos meses de evolución, que afecta a hemimaxilar superior derecho. El tumor es blando a la palpación, ulcerado, sangrante, y provoca desplazamiento de los dientes vecinos. Había sido tratada hasta la fecha con antibióticos por sospecha de una infección odontogénica. Tras realizar las pruebas complementarias de diagnóstico necesarias, se llega al diagnóstico de histiocitoma fibroso maligno.

C. 166 **Liquen plano oral: Enfermedades sistémicas asociadas y manifestaciones extraorales. Estudio de 83 casos**

Otero E, Toranzo P, Ramil V, Lago L, Freitas M, García A, Blanco A, Gándara JM

Máster de Medicina Oral, Cirugía Oral e Implantología. Facultad de Odontología. Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. España

Objetivos: Valorar la prevalencia de enfermedades sistémicas asociadas y manifestaciones cutáneas entre los pacientes diagnosticados de liquen plano oral, así como hacer un estudio clínico descriptivo de las formas de presentación más frecuentemente relacionadas con estas alteraciones.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de 83 pacientes diagnosticados de liquen

plano oral atendidos en el Máster de Medicina Oral, Cirugía Oral e Implantología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Santiago de Compostela entre los años 1996 y 2001.

Resultados: De los 83 pacientes estudiados: el 12% presentaban alteraciones psicológicas, 9,6% presentaban hipercolesterolemia, 7,2% eran diabéticos, 3,6% presentaban hepatopatías, 12% eran fumadores y el 8,4% presentaban manifestaciones cutáneas.

Al relacionar las enfermedades sistémicas con las formas de presentación obtuvimos los siguientes resultados: el 70% de los pacientes con alteraciones psicológicas, el 83,3% de los pacientes diabéticos, el 100% de los pacientes con hepatopatías, el 50% de los pacientes con hipercolesterolemia y el 60% de los pacientes fumadores, presentaban formas rojas.

Conclusión: La asociación de enfermedades sistémicas con el liquen plano oral resultó ser frecuente, siendo la forma roja la manifestación más común en este grupo de pacientes

C. 167 **Gingivitis ulceronecrotizante aguda en pacientes VIH positivos**

Martínez A, Peñamaría M, Ceballos L, Gándara P, Toranzo P, García A, Blanco A, Gándara JM

Unidad Docente de Medicina Oral. Facultad de Odontología. Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. España

La Gingivitis Ulceronecrotizante Aguda (GUNA) es un proceso infeccioso que destruye rápida y progresivamente la encía, pudiendo llegar a afectar al resto de las estructuras periodontales. Aparece generalmente en adolescentes y adultos jóvenes (15-30 años). Se ha relacionado la mala higiene oral y el estrés como principales factores etiológicos. En la actualidad se ha observado un aumento de la prevalencia de esta enfermedad en los pacientes infectados por el virus VIH debido a su grado de compromiso inmunitario.

Clínicamente se caracteriza por una afectación de las papilas interdentarias, apareciendo ulceraciones necróticas que posteriormente se cubren con una pseudomembrana gris-amarillenta que deja subyacente una superficie sangrante y dolorosa perdiendo su arquitectura normal.

Presentamos tres casos clínicos de GUNA en pacientes VIH positivos, diagnosticados en la Unidad Docente de Medicina Oral de

la Facultad de Medicina y Odontología de Santiago de Compostela.

C. 168

Linfoma B de células grandes: Presentación de un caso

Peñamaría M, López J, Pereiro I, Somoza M, Cameselle JM, Blanco A, García A, Gándara JM

Máster de Medicina Oral, Cirugía oral e Implantología. Facultad de Odontología. Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. España

El linfoma B de células grandes es una neoplasia del sistema hematopoyético que presenta una malignidad intermedia-elevada, se manifiesta principalmente en ganglios linfáticos y otros tejidos linfoides (Bazo, hígado, anillo linfático de Waldeyer). En la literatura se han descrito pocos casos con una única afectación de la región de la cabeza y cuello, siendo su presencia en el maxilar superior infrecuente.

Caso clínico: paciente femenina de 87 años de edad, que acude a la consulta de Cirugía Maxilofacial en el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, con una tumoración sin ulceración en la tuberosidad izquierda del maxilar superior. Tras realizar el estudio radiológico y anatomopatológico la lesión fue diagnosticada como linfoma B de células grandes

C. 169

Prevalencia de la *Candida albicans* en una serie de 250 aislamientos orales

Reboiras MD, Pena A, Pereiro M, Lago M, García A, Blanco A, Gándara JM

Máster de Medicina Oral, Cirugía Oral e Implantología. Facultad de Odontología. Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. España

Objetivo: Establecer la prevalencia de esta especie de *Candida* en una serie de 250 aislamientos de cavidad oral y relacionar estos valores con una serie de factores locales y sistémicos presentes en los pacientes de este estudio.

Material y Métodos: Se realizaron 250 aislamientos de la cavidad oral correspondientes a 160 pacientes, de 18 a 89 años de edad, que acudieron a la Unidad Docente de Medicina Oral y Maxilofacial de la Facultad de Odontología de Santiago de Compostela. A cada paciente se le realizó

al menos 1 toma (paladar, cara dorsal de lengua u otra localización) mediante bastoncillos de algodón estériles. Las muestras fueron incubadas (72 horas a 37 °C), sembradas en placas de Petri de Agar-Sabouraud + cloranfenicol y tras 48 horas a 37 °C, se procedió a su identificación con los tests API 20 C AUX (bioMérieux), el Rice Agar Tween (bioMérieux) y el test de la ureasa.

Resultados: De los 250 aislamientos, 77 de ellos se identificaron como *Candida albicans* (30.5 %), 15 de los cuales correspondieron a formas atípicas que posteriormente necesitarán un estudio más exhaustivo. Se observó una mayor incidencia entre los 50 y 69 años y no existió diferencia según el sexo. Tanto las formas típicas como atípicas aparecen en mayor medida en los aislamientos de pacientes que padecían palatitis subplaca, mientras que en lo referente a la patología sistémica, las formas típicas aparecen con mayor prevalencia en pacientes con patologías de carácter psicológico, apareciendo sólo 1 forma atípica relacionada en estos casos. No se observan diferencias entre formas de *Candida albicans* y el uso o no de prótesis dentales removibles, pero aún así recalcar la existencia de esas formas atípicas. Por último aparece una intensidad de carga oral muy elevada (mayor de 500 unidades formadoras de colonias por cm. cuadrado) en casi la mitad de las muestras observadas.

C. 170

Prevalencia de diferentes especies fúngicas en 250 aislamientos de la cavidad oral

Pena A, Pereiro M, Toribio J, Ramil V, Otero E, Blanco A, García A, Gándara JM

Máster de Medicina Oral, Cirugía Oral e Implantología. Facultad de Odontología. Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. España

Objetivos: Estudiar la prevalencia de las diferentes especies de hongos que pueden aparecer en la cavidad oral humana en una serie de 250 aislamientos.

Material y Métodos: Se realizaron 250 aislamientos de la cavidad oral correspondientes a 160 pacientes, de 18 a 89 años de edad, que acudieron a la Unidad Docente de Medicina Oral y Maxilofacial de la Facultad de Odontología de Santiago de Compostela. A cada paciente se le realizó al menos 1 toma (paladar, cara dorsal de lengua u otra localización) mediante bas-

toncillos de algodón estériles. Las muestras fueron incubadas (72 horas a 37 °C), sembradas en placas de Petri de Agar-Sabouraud + cloranfenicol y tras 48 horas a 37 °C, se procedió a su identificación con los tests API 20 C AUX (bioMérieux), el Rice Agar Tween (bioMérieux) y el test de la ureasa.

Resultados: De los 250 aislamientos realizados, 166 (66.4 %) presentaron crecimiento fúngico alguno. El género más frecuentemente aislado, como era de esperar, correspondió al género *Candida* (159 aislamientos), y dentro de éste, la especie más frecuente fue la *Candida albicans* (48.4 %, con formas típicas y atípicas), seguida de la *Candida tropicalis* (19.4 %) y la *Candida parapsilosis* (10.6 %). Destacar la existencia de 1 caso identificado como *Candida dubliniensis*.

Conclusiones: Destacar la existencia de especies identificadas como *C. albicans* atípicas que precisarán de mayor número de pruebas complementarias para su identificación, así como la existencia de un importante porcentaje de especies de *Candida* no *albicans* (51.5 % total de los aislamientos) muy relacionadas con la presencia de patología oral de naturaleza micótica, destacando sobre todo el hallazgo de 1 caso de *C. dubliniensis*.

C. 171

Prevalencia de patología oral en los pacientes de la consulta del Máster de Medicina Oral. Facultad de Odontología. Universidad de Santiago de Compostela

Lago L, Otero E, López J, Prieto P, Baña S, Blanco A, García A, Gándara JM

Facultad de Odontología. Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. España

La patología bucal es un frecuente motivo de consulta en la clínica odontológica, concretamente, el volumen de pacientes que encontramos en nuestra consulta nos crea la necesidad de realizar un análisis detallado de las distintas patologías, estudiadas en los diferentes grupos de edad.

Objetivo: Estudiar la prevalencia de las distintas patologías orales en todos los pacientes que acuden al servicio del Máster de Medicina Oral de la Facultad de Odontología de la Universidad de Santiago de Compostela, desde el año 1995 al 2001, y compararla con los resultados de otros estudios.

Material y Métodos: Disponemos de 1224 pacientes en este servicio del Máster de Medicina Oral, de los cuales nos centraremos en 771 que fueron atendidos por motivos de patología oral, los dividimos en 3 grupos etarios: menores de 30 años, de 30 a 65 años y mayores de 65 años. El grupo de pacientes restantes recibieron otros tipos de tratamientos: quirúrgicos, implantológicos, etc.

C. 172 **Presentación de 13 casos de granuloma periférico de células gigantes**

Carneiro JL, Freitas M, Somoza M, Pena A, Blanco A, García A, Gándara JM

Máster de Medicina Oral, Cirugía Oral e Implantología. Facultad de Odontología. Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. España

Objetivo: estudio comparativo de 13 casos de granuloma periférico de células gigantes (GPCG) valorando los datos epidemiológicos, el diagnóstico diferencial, y revisión bibliográfica.

Material y Métodos: 13 pacientes con GPCG que acuden a la consulta en la Unidad Docente de Medicina Oral de la Facultad de Odontología de la Universidad de Santiago de Compostela y Complejo Hospitalario Universitario. En cada caso se evalúa la edad, sexo de cada paciente, la localización, tamaño y tiempo de evolución de cada lesión.

Hacemos una discusión de los resultados obtenidos comparándolos con los encontrados en la bibliografía revisada.

C. 173 **Leucoplasia oral. Estudio descriptivo en un grupo de 1224 pacientes**

Toranzo MP, Madriñán P, Gándara P, Martínez MT, Reboiras MD, Blanco A, García A, Gándara JM

Máster de Medicina Oral, Cirugía Oral e Implantología. Facultad de Odontología. Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. España

Hemos realizado un estudio retrospectivo revisando las historias clínicas de los pacientes que han acudido al Máster de Medicina Oral, Cirugía Oral e Implantología de la Facultad de

Odontología, de la Universidad de Santiago de Compostela, entre diciembre de 1995 y junio de 2001. El total de pacientes es de 1224.

El objetivo de esta comunicación es describir la incidencia que hemos encontrado de los diferentes tipos de leucoplasias y su relación con diferentes variables (edad, sexo, localización y otras).

C. 174 **Querubismo. Reporte de un caso y revisión de la literatura**

Sánchez Fabian IM, López Haro ML, Picco Díaz I, Gaytán Ramos C

Cirugía Maxilofacial del Hospital Regional 1º de Octubre. I SSSTE. Mexico DF. Mexico

Clínicamente los pacientes con querubismo muestran aumento facial bilateral mandibular. El crecimiento más rápido ocurre entre los primeros 2 a 3 años de vida. Se observa involución del padecimiento entre los 20 y 30 años.

Caso Clínico: Paciente masculino de 7 años de edad originario de México D.F., que en 1998 presenta desplazamiento de incisivos centrales inferiores y órganos dentarios adyacentes, y posteriormente presenta aumento del tercio medio e inferior facial. El paciente muestra exposición de escleras, aumento de volumen en región de tercio medio e inferior de la cara, a expensas de crecimiento óseo. Apertura bucal sin alteración, la exploración intraoral muestra mucosas bien hidratadas, con desplazamiento de OD anteriores inferiores, movilidad de los mismos, expansión de corticales maxilares y mandibulares sin crepitación, asimetría facial a expensas de aumento de volumen en tercio medio e inferior bilateral. Radiográficamente se observa lesión radiolúcida multilocular en región mandibular y maxilar bilateral, con adelgazamiento de las corticales, márgenes escleróticos. Mal posición dentaria. En los resultados de laboratorio se observa aumento de fosfatasa alcalina de 260 UI/l. Se realiza toma de biopsia incisional y se envía a estudio histopatológico obteniendo como resultado una de lesión de estirpe mesenquimatosa, formada por abundante tejido fibrocelular, bien vascularizado, en el cual se identifican abundantes células multinucleadas. Hacia la periferia se identifican algunas trabéculas de hueso, que se diagnostica como lesión fibro-ósea benigna, compatible con querubismo.

Conclusiones: El tamaño de las lesiones sugiere que el caso del paciente corresponde a un grado III. Probablemente ocurra regresión de las lesiones durante la adolescencia. Se justifica intervención quirúrgica cuando hay alteraciones funcionales ó estéticas graves. En este caso se decide mantener control clínico y radiográfico para decidir si se realiza tratamiento quirúrgico posterior.

C. 175 **Manifestaciones clínicas en la cavidad bucal causadas por la perforación de la lengua con colocación de un barbell**

Osornio N, Porras I, Ignorosa C, Fragoso A, Luna D, Aldape B

Facultad de Odontología. UNAM. Mexico DF. Mexico

Objetivo: observar las manifestaciones clínicas causadas por la colocación de un barbell en la lengua.

Material y Métodos: 15 jóvenes, los cuales fueron sometidos a observación cada tercer día, durante los siguientes tres meses, para observar la evolución y si existían fracasos por infección. La perforación se llevo a cabo sin anestesia local, sobre la línea media, en dirección dorso-ventral, introduciendo por el foramen el barbell. La población de estudio la conformaron 6 mujeres (40%), y 9 hombres (60%), manteniendo un promedio de 19 años de edad. Se les indico una higiene constante, en cuanto a la alimentación no se restringió, ni la ingesta de alcohol o tabaquismo de cada individuo.

Resultados: Las complicaciones que se presentaron fueron: sangrado, dolor, inflamación, aumento en el flujo salival, dificultad para deglutir y hablar. Se presentaron dos casos de infección (mujeres) en los que se retiró el barbell, se medicaron con Pen Vi K 400,000 ui. cada 8 hrs. y pasada la infección se les colocaron nuevamente con resultados óptimos. Uno de los varones que portaba meses antes un par de barbells, presentó resección gingival en la zona en que el barbell roza con la encía.

Conclusiones: El uso de estos aditamentos, por diferentes razones sociales o individuales, puede acarrear consecuencias serias, si no se realiza la perforación con las debidas precauciones y conocimientos básicos en: anatomía, fisiología, histología y patología bucal.

C. 176**Síndrome de Boca Ardiente: Factores diferenciales por el tiempo de evolución**

Silvestre-Donat FJ, Tamarit-Santafe C, Grau-García-Moreno DM

Unidad de Estomatología del Hospital Universitario "Dr. Peset". Universidad de Valencia. Valencia. España

El síndrome de boca ardiente (SBA) sigue siendo un problema en la clínica de Medicina Oral. Unos de los factores más involucrados en este proceso han sido los de carácter psicopatológico como la depresión o los cuadros de ansiedad crónica. Una de las características del SBA es que puede ser de larga evolución.

Objetivo: Establecer factores diferenciales entre los pacientes con SBA de corto y largo tiempo de evolución.

Material y Métodos: Estudiamos un grupo de 77 pacientes con SBA pero los dividimos en 2 grupos diferenciados por el tiempo de evolución del proceso. El grupo de larga evolución del proceso. El grupo de larga evolución tenía una media de padecer SBA de 11,67 años y el de corta de 2,32 años. Se registraron variables clínicas de comparación.

Resultados: De todas las variables clínicas fue el padecer depresión diagnosticada por un especialista y en tratamiento la que mostró diferencias más significativas entre ambos grupos.

Conclusión: En los pacientes SBA con mayor evolución en el tiempo los cuadros depresivos disminuyen en comparación a los pacientes con menor tiempo de padecimiento. Esto nos haría pensar en que o bien los tratamientos antidepressivos recibidos o bien un acostumbramiento a estas sensaciones hacen disminuir la frecuencia por el tiempo de los cuadros depresivos.

C. 177**Prevalencia de la patología oral en la población infantil de 14 años de Oviedo. Seguimiento de 4 años**

García-Pola MJ, García Martín JM, González García M

Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo. Oviedo. España

Objetivos: El objeto del presente estudio ha sido determinar la prevalencia de la patología de la mucosa oral en la población infantil de 14 años de edad, mediante la selección de una muestra representa-

tiva de los niños nacidos en 1983, 1984, 1985 y 1986.

Material y Métodos: La selección de la muestra se obtuvo por el denominado muestreo sistemático. El censo de población así como las direcciones de los niños y adolescentes nos fue facilitado por el INSALUD de Asturias. Todos los niños estaban incluidos en los cupos de los Servicios de Salud Bucodental del Consultorio Vallespín y Ambulatorio Central de Oviedo, pertenecientes al Área Sanitaria IV de Asturias. Para la elaboración del protocolo se ha seguido las directrices y estrategias establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1997).

Resultados: El número de adolescentes examinados ha sido de 873, cuya distribución por años fue la siguiente: nacidos en 1983 (n=365); 1984 (n=200); 1985 (n=170); 1986(n=138). Las lesiones orales que con mayor frecuencia se han diagnosticado fueron las siguientes: erosión-ulceración traumática (n=99), angioma (n=28), lengua geográfica (n=27), gránulos de Fordyce (n=27), lengua escrotal (n=25), aftas (n=18), candidiasis (n=7), lengua dentada (n=10), hipertrofia de las papilas (n=6) y herpes e hiperplasia fibrosa (n=4).

Conclusión: Dado que la lesión más frecuente ha sido la erosión y ulceración traumática sería interesante establecer programas preventivos en relación a los mecanismos que desencadena esta patología.

C. 178**Candidosis oral como primer signo de infección por VIH: Presentación de dos casos**

Martínez J, Aguirre JM

Medicina Bucal. Departamento de Estomatología. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad del País Vasco EHU. Leioa. España.

La pandemia del SIDA sigue existiendo y avanzando en el tercer milenio, no tan solo en países subdesarrollados sino también en algunos países industrializados.

La candidosis oral es una de las infecciones oportunistas mas comunes en los infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En muchas ocasiones las alteraciones orales son el primer signo de sospecha de esta enfermedad. En esta comunicación presentamos dos casos de infección por VIH diagnosticados por la presencia de candidosis oral.

Caso 1.- Hombre de 31 años, casado y fumador. Desde hace unos días tiene áreas rojas en la lengua, paladar y mucosa yugal. También presenta queilitis angular y enfermedad periodontal. Se diagnostica como candidosis oral eritematosa (múltiple) y se solicita analítica general que demuestra la positividad para VIH. Las lesiones se tratan con nistatina y fluconazol resolviéndose en 15 días.

Caso 2.- Hombre de 52 años, soltero y no fumador. Presenta desde hace tiempo unas manchas blancas en la boca (paladar y yugal bilateral) que se desprenden. Desde hace un año padece diarreas episódicas y un rash cutáneo. Se diagnostica como candidosis pseudomembranosa y se realiza analítica general que demuestra la positividad para VIH.

Conclusión: A pesar de encontrarnos en el 2001 en la era de la triple terapia efectiva frente al VIH, siguen apareciendo nuevos infectados. Estos dos casos son demostrativos de la importancia de la patología oral en el diagnóstico precoz de esta infección.

C. 179**Linfomas orales en pacientes VIH positivos: A propósito de seis casos**

Jiménez Y, Bagán JV, Cardona F, Sánchez A

Servicio de Estomatología. Hospital General Universitario de Valencia. Medicina Bucal. Universidad de Valencia. Valencia. España

Objetivo: Analizar las características clínicas de los pacientes VIH positivos con linfomas orales.

Material y Métodos: Estudiamos seis pacientes VIH positivos que presentaron en la cavidad oral un linfoma no Hodgkin, señalando la localización, forma de inicio y características clínico-evolutivas de los mismos.

Resultados: La localización más frecuente de los linfomas no Hodgkin fue la encía, siendo esta la situación en cinco de los seis casos, sólo uno se halló en la base de la lengua. En dos, el diagnóstico de su infección por VIH se estableció a partir de este linfoma, ya que los pacientes desconocían su enfermedad. Los seis se manifestaron como masas tumorales de crecimiento rápido, con tendencia a la ulceración superficial y osteolisis mandibular/maxilar. El tratamiento que recibieron fue una combinación de quimioterapia y radioterapia, siendo el pronóstico muy pobre.

Conclusiones: El linfoma no Hodgkin en nuestros pacientes VIH positivos fue la primera manifestación de su enfermedad infecciosa en dos de ellos, manifestándose, en todos, como una tumoración en encía de rápido crecimiento y mal pronóstico.

C. 180 Manifestaciones orales del mieloma múltiple: Presentación de cuatro casos

Gavaldá C, Bagán JV, Flor A, Romero MJ

Servicio de Estomatología. Hospital General Universitario de Valencia. Medicina Bucal de la Universidad de Valencia. Valencia. España

Objetivo: Analizar las características clínicas orales en los pacientes con mieloma múltiple.

Material y Métodos: Estudiamos cuatro enfermos que presentaban un mieloma múltiple con lesiones en la cavidad oral. Señalamos su forma de aparición, localización, manifestaciones sistémicas y evolución.

Resultados: La localización oral más frecuente de los mielomas fue la encía a nivel mandibular, con afectación evidente del hueso, encontrando esta la situación en los cuatro casos que presentamos. En dos el diagnóstico de su enfermedad maligna se estableció a partir de sus lesiones orales, siendo por lo tanto esta la primera manifestación. Los cuatro se mostraron como masas tumorales de crecimiento rápido en encía y gran destrucción ósea. El dos de ellos la supervivencia, tras el diagnóstico de las lesiones orales fue escasa, ya que fallecieron en el primer año.

Conclusiones: La encía y hueso mandibular fue la manifestación oral en nuestros cuatro pacientes con mieloma múltiple, siendo de muy mal pronóstico, falleciendo el 50% en los primeros doce meses tras su hallazgo.

C. 181 Donovanosis gingival

Delgado W, E.Gotuzzo, Meneses L, Lama L

Departamento de Patología, Medicina y Cirugía Oral y Maxilofacial e Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. Perú.

Se presenta el cuadro clínico e histopatológico de un caso raro de Donovanosis gin-

gival, diagnosticado en un varón homosexual de 19 años de edad.

La Donovanosis de la cavidad oral no es común; sin embargo, constituye la manifestación extragenital mas frecuente de esta enfermedad infecciosa producida por la bacteria Gram (-) denominada *Calymmatobacterium granulomatis*. El paciente presentaba ulceraciones granulomatosas crónicas ubicadas en la región submandibular, perianal y gingival. En la boca las lesiones afectaban solamente la mucosa gingival inferior, obseándose como ulceraciones microgranulomatosas combinadas con pápulas de apariencia esponjosa, el diagnostico se estableció por biopsia de encía. En este tejido las secciones de hematoxilina y eosina mostraron una marcada reacción histiocítica. granulomatosa mezclada con muchos polimorfonucleares y algunas células plasmáticas. Los cuerpos de Donovan fueron identificados usando la coloración de Warthin-Starry. Se discute el diagnóstico diferencial y se puntualiza las características del cuadro histológico. Sobre la base del comportamiento sexual del paciente, se propone que el compromiso gingival probablemente representa uno de los múltiples sitios de contaminación por el *C. granulomatis*.

La Donovanosis debe ser considerada en el diagnostico diferencial de lesiones granulomatosas que afectan la mucosa oral particularmente cuando son detectadas en pacientes sexualmente promiscuos.

C. 182 Picnodisostosis: Un síndrome importante en estomatología

Delgado W, Beltrán J, Arrascue M, Ore I

Departamento de Patología, Medicina y Cirugía Oral y Maxilofacial. Facultad de Estomatología. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. Perú.

Se presenta las características clínicas y radiográficas, así como los cambios histológicos a nivel del tejido óseo, detectados en una paciente mujer de 33 años de edad diagnosticada por nosotros con picnodisostosis, quien fue referida a nuestro Servicio por un cuadro de osteomielitis mandibular.

Picnodisostosis es un síndrome genético raro, caracterizado por una amplia variedad de anomalías óseas. Entre las características mas consistentes se han descrito estatura corta, osteopetrosis,

acroosteolisis de falanges terminales, alteraciones de la forma y tamaño de los huesos craneofaciales, persistencia de fontanelas abiertas y falla en el cierre de las suturas craneales.

En la paciente estudiada se identificaron múltiples manifestaciones clínicas a nivel de la cabeza, tales como, platibasia, marcada hipoplasia de senos paranasales, hipoplasia de ambos maxilares, ausencia del ángulo mandibular, hipercementosis, erosión de la cresta alveolar sin evidencia clínica de periodontitis y estrechamiento de cámaras pulpares y conductos radiculares. Las radiografías mostraron una forma de pera peculiar de su cráneo. En el estudio microscópico del hueso alveolar se encontró tejido óseo compacto con una disminución en el número de osteonas, las cuales presentaban una forma asimétrica y marca obliteración de los conductos de Havers. Nuevas características fenotípicas se agregan al síndrome. Se discute la prevención y el manejo de posibles infecciones mandibulares que pueden ocurrir en estos pacientes.

C. 183 Sensibilidad in vitro de aislamientos orales de *Candida* y otras levaduras de interés médico a los antifúngicos clásicos y nuevos

Ruesga MT, Alonso-Vargas R, Contreras I, Ribacoba L, Carrillo-Muñoz AJ, Arévalo MP, Martín-Mazuelos E, Aguirre JM, Pontón J, Quindós G

Universidad del País Vasco EHU. Leioa; ACIA-Microbiología, Barcelona; Universidad de la Laguna, La Laguna, y Hospital Universitario de Valme, Sevilla. España

Una de las indicaciones para el estudio de la sensibilidad *in vitro* a los antifúngicos es el conocimiento de la realidad epidemiológica local de las resistencias a los fármacos más empleados. Dentro de los más empleados en patología micótica oral están los de uso tópico, nistatina y micónazol y los de empleo sistémico, fluconazol e itraconazol. En la actualidad otros antifúngicos de gran utilidad potencial están siendo evaluados o a punto de ser comercializados como, anidulafungina, caspofungina, posaconazol, ravuconazol y voriconazol.

Objetivo: Conocer la sensibilidad a los antifúngicos más comunes y a los nuevos productos de los aislamientos orales de *C.*

albicans y otras levaduras de interés médico en nuestro país.

Metodología: Se han estudiado mediante diversos métodos la sensibilidad *in vitro* a los antifúngicos de los aislamientos obtenidos o recibidos en nuestro Departamento de Inmunología, Microbiología y Parasitología de la Facultad de Medicina y Odontología, Universidad del País Vasco EHU, en los últimos cinco años. Entre los métodos empleados se encuentran la difusión en disco con tabletas NeoSensitab (Rosco, Dinamarca), la microdilución en RPMI de acuerdo al documento M27-A de los NCCLS de EE.UU. o su variante comercializada Sensititre YeastOne®. Las principales especies estudiadas incluían *Candida albicans*, *Candida dubliniensis*, *Candida glabrata* y *Candida krusei*. Los antifúngicos evaluados incluyeron anfotericina B, 5-fluorocitosina, econazol, fluconazol, itraconazol, ketoconazol, miconazol, nistatina y tioconazol. Con un número más reducido de aislamientos se evaluaron las nuevas formulaciones de anfotericina B (liposomal –AmBisome®, complejo lipídico –Abelcet® y dispersión coloidal –amphocil®) y nistatina (liposómica –Nyotran®), así como los nuevos antifúngicos anidulafungina, caspofungina, posaconazol, ravuconazol y voriconazol.

Resultados: La gran mayoría de los aislamientos eran sensibles a todos los antifúngicos evaluados. Entre los fármacos más activos *in vitro* destacaban los poliénoles nistatina y anfotericina B y los nuevos antifúngicos, anidulafungina, caspofungina, posaconazol, ravuconazol y voriconazol. La actividad de fluconazol e itraconazol eran excelentes, pero en el caso del fluconazol un factor importante en la sensibilidad *in vitro* de los aislamientos estaba relacionada con su procedencia. Se observaba una sensibilidad menor e incluso una resistencia en los aislamientos obtenidos de pacientes infectados por el VIH con episodios múltiples de candidiasis pseudomembranosa o eritematosa. También se observaba una sensibilidad menor a fluconazol e itraconazol en determinadas especies como *C. dubliniensis*, *C. glabrata* y *C. krusei*. Los aislamientos del serotipo B de *C. albicans* también mostraban una sensibilidad reducida a la 5-fluorocitosina.

Conclusiones: La actividad *in vitro* de los principales antifúngicos de empleo en el tratamiento de las candidiasis orales continúa siendo elevada. Una actividad similar e incluso mayor se observa con los nuevos antifúngicos, hecho que permite considerarlos como una importante adición al arsenal antifúngico disponible.

C. 184

Evolución de la población levaduriforme en pacientes con liquen plano oral erosivo tratados con furoato de mometasona

Alonso-Vargas R, Ruesga MT, Pontón J, Aguirre JM, Larrea G, Quindós G

Departamentos de Inmunología, Microbiología y Parasitología y Estomatología. Facultad de Medicina y Odontología Universidad del País Vasco EHU. Leioa. España

El liquen plano oral es una patología mucocutánea común, de carácter crónico y etiología desconocida. Las formas ulcerativas-erosivas y atróficas suelen cursar con molestias y dolor. El tratamiento con corticosteroides, como el furoato de mometasona, tiene un efecto antiinflamatorio local, disminuyendo la sintomatología. Sin embargo, su empleo terapéutico puede conducir a una alteración de los mecanismos de defensa locales y a un aumento de la población e infección oral por *Candida*.

Objetivo: Valorar el efecto del tratamiento tópico con furoato de mometasona en la población oral de pacientes con liquen plano erosivo de *Candida albicans* y otras levaduras de interés médico.

Material y Métodos: Se tomaron muestras orales antes y después del tratamiento con furoato de mometasona de un total de 22 pacientes con liquen plano erosivo sin otras patologías asociada. Las muestras se tomaron mediante enjuague oral con 10 ml de agua destilada estéril durante 1 min., recogiendo en tubos estériles que se centrifugaron a 3000 r.p.m. Se eliminó el sobrenadante, resuspendiendo el sedimento en 1 ml de agua destilada estéril. Se sembraron 100 µl de cada muestra en placas de agar glucosado de Sabouraud con cloranfenicol, y se incubaron a 37 °C durante 48 h, y posteriormente a temperatura ambiente durante diez días antes de dar como negativo el

resultado del cultivo. Los aislamientos obtenidos se identificaron por los métodos micológicos convencionales, que incluían la formación de tubo germinal en suero, morfología microscópica y producción de clamidosporas en agar harina de maíz-Tween 80 por la técnica de Dalmau y la asimilación de fuentes de carbono por el método comercial ATB ID 32C.

Resultados: El 80% de los pacientes estaban colonizados por *Candida* antes del tratamiento con furoato de mometasona y una cifra similar de pacientes (70%) mantenía esta colonización en la primera muestra durante el tratamiento (Tabla I). El número de colonias aisladas fue bastante variable pero predominaban los cultivos con un número bajo de colonias. La especie predominante fue *C. albicans* pero otras cuatro especies se aislaron de un número reducido de pacientes: *C. glabrata*, *C. guilliermondii*, *C. parapsilosis* y *C. tropicalis*. Estas dos últimas especies se aislaron en cultivo mixto con *C. albicans*.

Conclusión: Este estudio preliminar indica que el tratamiento con furoato de mometasona no ejerce alteraciones significativas de la población de *Candida* en pacientes con liquen plano erosivo.

C. 185

Epulis congénito del recién nacido

Martínez-Sahuquillo JM, Martínez-Sahuquillo A, Armas JR

Facultad de Odontología. Universidad de Sevilla. Sevilla. España

El Épulis Congénito del Recién Nacido se denomina también como Tumor Gingival Congénito de Células Granulares. Como su nombre indica está presente desde el nacimiento, siendo más frecuente en las niñas que en los niños. Se trata de una masa pediculada localizada en la porción anterior del maxilar superior y más raramente de la mandíbula.

Tabla I

Población levaduriforme en pacientes con liquen plano erosivo tratados con mometasona

ESPECIES AISLADAS	MUESTRAS SECUENCIALES (Nº DE AISLAMIENTOS)			
	ANTES DEL TRATAMIENTO (n=23*)	1 (n=20)	2 (n=4*)	3 (n=3)
Ninguna	4	6		
<i>C. albicans</i>	15	13	3	2
<i>C. guilliermondii</i>	1	1		
<i>C. glabrata</i>	1			
<i>C. parapsilosis</i>	1		1	1
<i>C. tropicalis</i>	1			

* Incluye cultivos mixtos con aislamiento de dos especies diferentes de *Candida*.

Histológicamente, se caracteriza por una lesión con varias capas de células granulares recubierta por un epitelio que suele estar atrofiado.

Presentamos el caso de un paciente de 8 días de edad, que presentaba una tumoración bilobulada y pediculada, de 1 y 2 centímetros de diámetro, surgiendo de la cresta del maxilar superior en el lado izquierdo. Tras su estudio clínico se procedió a su extirpación y análisis microscópico de la pieza.

Si bien, desde el punto de vista histológico es similar al tumor de células granulares que aparece en el adulto, existen rasgos ultraestructurales e inmunohistoquímicos que lo diferencian. Tanto en el del adulto como en el congénito, se desconoce cuál es el tejido que lo origina.

C. 186

Enfermedad por depósito lineal de IgA

Martínez-Sahuquillo A, Gallardo I, Vigo M, Armas JR

Facultad de Odontología. Universidad de Sevilla. Sevilla. España.

La enfermedad por depósito lineal de IgA es una enfermedad mucocutánea rara caracterizada por una erupción vesicular ampollosa pruriginosa que suele afectar a la parte superior del tronco, hombros y miembros y con frecuencia a la cara y perineo. En un 50% de los pacientes hay afectación de las mucosas determinando ulceración, placas eritematosas o ampollas. También ha sido descrito como manifestación a nivel de la mucosa oral la aparición de gingivitis descamática crónica.

Caso clínico: paciente de 43 años de edad, que nos fue remitido por su dentista con un cuadro de inflamación gingival y sangrado persistente pese al tratamiento higiénico, de varios meses de evolución. Clínicamente observamos una erupción eritematosa con áreas erosionadas y signo de Nikolski positivo. El estudio mediante inmunofluorescencia directa evidenció la presencia de depósitos lineales de IgA y de fibrinógeno a lo largo de la unión dermoepidérmica. La evolución de cuadro, coincidiendo con otros casos similares publicados, se caracterizó por su resistencia al tratamiento con corticoides tópicos y sistémicos. Se discute el manejo y los tratamientos prescritos para solucionar el caso.

C. 187

Biopsia del ganglio centinela en el carcinoma epidermoide de mucosa oral

Alonso J, Álvarez J, Santamaría J, Andikoetxea B, Ortiz de Zárate E, Martín JC, Romo L, Barbier L

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital de Cruces. Baracaldo. España.

La presencia de micrometástasis en el drenaje linfático del carcinoma de células escamosas de mucosa oral y orofaringe es un factor clave en el pronóstico de la enfermedad. Los métodos de detección por imagen se han mostrado insuficientes para la detección de las micrometástasis regionales, haciendo necesaria la realización rutinaria de disecciones cervicales electivas. Conceptualmente el estado histopatológico del GC refleja la ausencia de metástasis regionales. Si el GC es negativo también lo será el resto del territorio linfático, evitándose la disección cervical electiva. Por el contrario, la presencia de metástasis en el estudio anatomopatológico del GC nos indicará la necesidad de realizar una disección terapéutica.

Objetivo: Validación de la técnica de la biopsia del ganglio centinela como método de estadiaje cervical en los pacientes con carcinoma epidermoide de orofaringe y cavidad oral. Descripción de las técnicas de evaluación histopatológica ganglionar empleadas en nuestro estudio de validación.

Material y Métodos: Estudio prospectivo con pacientes diagnosticados de carcinoma epidermoide con cuellos clínicamente negativos (exploración clínica y TAC cervical). Se obtienen de cada caso los ganglios marcados por radiotrazador que drenan el territorio peritumoral, se definen sus niveles y se procesan con técnicas de multisección. El ganglio considerado como centinela se procesa con técnicas de multisección y de inmunohistoquímica. El resto del territorio linfático, se subdivide en niveles y se evalúa con técnicas convencionales las adenopatías presentes. Se realiza una linfoscintigrafía previa a la cirugía para la localización y marcaje quirúrgico de los ganglios de drenaje. Durante el acto quirúrgico se realiza su identificación con una sonda intraoperatoria y la toma de biopsia. El resto de la intervención estaría centrado en el tratamiento local de la enfermedad. En la actualidad realizamos una disección ganglionar electiva para valorar la precisión de

la técnica y evaluar su sensibilidad y especificidad.

Resultados: Estudio prospectivo de 14 pacientes (16 disecciones cervicales) con CE de mucosa oral y orofaringe T₁₋₄ N₀ M₀. La linfoscintigrafía muestra ganglios captantes en el 100% de los casos con captación ipsilateral en el 71,4% de los casos y bilateral en el 28,6%. Se hallan 3,6 ganglios marcados de media por paciente (total 51 ganglios). Se localizan 15 de los 16 ganglios centinela (93,7%). La gran mayoría de los casos el estudio anatomopatológico no muestra infiltración metastática, sólo en un caso (6,6%) se detecta micrometástasis gracias al estudio con tinciones de inmunohistoquímica. Es importante mencionar que no se halla ningún falso negativo en las disecciones cervicales realizadas.

Conclusión: La biopsia del Ganglio Centinela es un método diagnóstico predecible y de reconocida eficacia en otros territorios, como procedimiento de estadiaje. En el carcinoma epidermoide de cabeza y cuello la proximidad en algunos casos del ganglio centinela a la lesión tumoral es el principal problema técnico encontrado. En el momento actual, se precisan estudios que confirmen la eficacia de la técnica. Es necesario un consenso para alcanzar la técnica más eficiente respecto a costos y resultados. Las técnicas de inmunohistoquímica son claramente superiores a las técnicas convencionales. Es preciso su empleo en el estudio del ganglio centinela. Con la estandarización del procesamiento de estos ganglios, se puede ofertar la mejor calidad asistencial a estos pacientes.

C. 188

Secreción salival en un grupo de mujeres menopáusicas

Vela C, Caballero J, Martínez-Sahuquillo A

Facultad de Odontología de Sevilla. Universidad de Sevilla. Sevilla. España

Objetivos: Analizar la prevalencia y características de la hiposecreción salival en un grupo de mujeres postmenopáusicas y su relación con la xerostomía.

Material y Métodos: Se seleccionaron 85 mujeres menopáusicas de la recepción de la Clínica Odontológica. Los criterios de exclusión fueron; enfermedad parotídea u otra enfermedad metabólica que afecte al hueso, tratamiento hormonal

sustitutorio previo, edentulismo y tratamiento con fármacos que alteren el metabolismo óseo.

En la historia se incluyó un protocolo clínico de xerostomía y se realizaron sialometría en reposo y estimulada. En todas las pacientes se llevó a cabo una densitometría lumbar, lo que nos permitió agrupar a las pacientes de acuerdo a la presencia o no de osteoporosis.

Resultados: La edad media era de 59 años, la duración media de la menopausia de 10 años y un tercio de las pacientes referían xerostomía. En 63 había una hiposecreción salival. De estas, 33 mostraron una hiposecreción severa. A pesar de que el porcentaje de pacientes con hiposecreción salival era mayor en el grupo de mujeres con osteoporosis, la xerostomía mostró una incidencia similar en ambos grupos.

Conclusiones: 1. La hiposecreción salival tiene una elevada prevalencia en las mujeres postmenopáusicas, siendo ésta mayor en las afectadas por osteoporosis. 2. Si bien, la xerostomía se relacionó con la presencia de hiposecreción salival, no lo hizo directamente con la severidad de la misma.

C. 189

Osteonecrosis isquémica maxilofacial y dolor neurógeno orofacial: Estudio histológico a propósito de 54 casos

Brotóns A, Peñarrocha M, Vera F, Bagán JV

Facultad de Medicina y Odontología.
Universidad de Valencia. Valencia. España

La osteonecrosis isquémica no es una enfermedad por sí misma, sino una consecuencia natural de muchos factores locales o sistémicos capaces de comprometer el flujo sanguíneo medular. Se trata de un cuadro que cuando afecta a los maxilares, se ha relacionado con la aparición de dolor neurógeno orofacial.

Objetivos: Estudiar las características histopatológicas de la osteonecrosis isquémica maxilofacial en 54 pacientes con dolor orofacial neurógeno y su relación con el dolor neurógeno.

Material y Métodos: A todos los pacientes se les realizó exploración clínica orofacial así como estudio radiológico (radiografía simple y T.A.C. maxilar). En los casos donde se sospechó la presencia de una lesión ósea se realizó biopsia-extirpación para su posterior estudio histopatológico.

Resultados: El 64,8% de las muestras presentaron fibrosis medular, el 11,1% infiltrado inflamatorio de tipo crónico y el 35,2% necrosis medular. En el 5,6% de los casos se apreciaron cuerpos extraños, siendo siempre fragmentos dentarios. En el 46,3% hallamos esclerosis vascular y en el 14,8% filetes nerviosos próximos a las zonas de necrosis medular.

Conclusiones: Los resultados son similares a los publicados por otros autores. Las características histopatológicas encontradas nos hacen pensar que, la osteonecrosis isquémica maxilofacial podría estar relacionada con la aparición de dolor neurógeno, aunque el mecanismo etiopatogénico es todavía un enigma.

C. 190

Estudio clínico-evolutivo de 130 pacientes con neuralgias del trigémino esenciales

Brotóns A, Peñarrocha M, Peñarrocha MA, Bagán JV

Unidad Médico-Quirúrgica. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Valencia. Valencia. España

Las neuralgias del trigémino son un problema importante por su frecuencia y por la intensidad del dolor que provocan. Los odontólogos deben ser capaces de realizar el diagnóstico diferencial entre los dolores neurógenos y los que provienen de otras fuentes (dentales, periodontales, vasculares y masticatorias).

Objetivos: Estudiar las características clínicas de 130 pacientes con neuralgias del trigémino esenciales y revisar el tratamiento así como la evolución de los pacientes.

Material y Métodos: Se protocolizó la historia clínica de los pacientes, realizando exploraciones clínicas y radiológicas. En los casos donde se sospechaba una osteopatía alveolar cavitaria, se realizó la biopsia-extirpación de la lesión. Se anotó el tratamiento realizado para comparar la evolución clínica de los enfermos.

Resultados: La edad media fue de 57 años, con predominio del sexo femenino. En el 62,3% de los casos el dolor era de intensidad severa y se localizó en la segunda rama en el 38,5%. En el 93,8% de los pacientes se realizaron exodoncias o endodoncias previas en el cuadrante inicialmente afecto por el dolor. En el 41,5% de los enfermos se encontraron alteraciones radiológicas en el hueso de los cuadrantes afectados. Encontramos zonas de necrosis ósea en 35,1% de los casos biop-

siados. En el 70% de los casos la neuralgia era de características típicas. Se realizó tratamiento exclusivamente farmacológico en 76 casos y farmacológico más quirúrgico en 54, no encontrando diferencias significativas al estudiar la evolución clínica.

Conclusiones: 1) La neuralgia del trigémino esencial es un cuadro que aparece con más frecuencia en la quinta década de la vida, con predilección por el sexo femenino. 2) El dolor suele ser severo, lancinante y de características típicas, afectando con más frecuencia a la segunda rama. 3) En el 93,8% de los casos se han realizado tratamientos odontológicos (exodoncias y/o endodoncias) previos en el cuadrante inicialmente afecto por el dolor. 4) Encontramos zonas de necrosis intraósea en el 35,1%. 5) La evolución de los casos, a largo plazo, no dependió del tratamiento realizado (cirugía versus fármacos).

C. 191

Neuralgia sintomática de la tercera rama del trigémino asociada a odontoma compuesto. Presentación de un caso

Dinatale E

Cátedra de Cirugía Bucal. Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela. Caracas. Venezuela

La neuralgia del nervio maxilar inferior afecta principalmente al dentario inferior, en menor grado al lingual y en raras ocasiones a ambos. Cuando se afecta el dentario inferior encontramos dolor en la región mentoniana, labio inferior y en menor grado en los dientes de la zona. Al palpar la piel alrededor del agujero mentoniano el paciente refiere dolor intenso. La lesión del V par craneal obedece a múltiples causas y puede ser central o periférica; pueden originarse por traumas, compresiones vasculares, tumores, accidentes cerebrovasculares e infecciones. Cualquiera que sea la etiología, el nervio puede responder con anestesia, hipoestesia, hiperestesia, hipoalgesia, hiperalgesia, pérdida de la sensación térmica o con alteración motriz en los músculos masticatorios o hipoacusia moderada. Presentamos un caso clínico y tratamos de determinar la relación entre la neuralgia del trigémino y la presencia de un odontoma compuesto como factor causal.

Caso clínico: Paciente femenina de 49 años de edad, de grupo étnico mestizo, que presenta dolor en la región mandibular

derecha. No refiere antecedentes familiares importantes y en los personales señala una anemia crónica. Clínicamente refiere sintomatología dolorosa constante, de intensidad elevada, de más de 3 meses de evolución, en la región mentoniana derecha, irradiada hacia la región facial, junto con parestesia del labio inferior del mismo lado y atenuado mediante la administración de AINEs. Al examen intrabucal se observó caries avanzadas en 46,45 y 44. No se observan tumefacciones, ni expansión de alveolar. Al examen extrabucal, refiere dolor intenso a la palpación de la región mentoniana derecha. A RX se observó imagen radiopaca de bordes irregulares, de 2 cm, situada entre las raíces del 43, 44 y 45, rodeada de una banda radiolúcida angosta y en vecindad con el agujero mentoniano. También se observan imágenes radiolúcidas circunscritas, asociadas a los ápices del 44 y 45, compatibles con procesos infecciosos periapicales. Perfil integral de laboratorio (Hemoglobina 6mg).

Diagnóstico provisionales: 1) Odontoma compuesto 2) Absceso dentoalveolar crónico y 3) Neuralgia del trigémino.

Tratamiento: 1) Previa interconsulta para tratamiento de anemia crónica, se procedió bajo anestesia local a la extirpación quirúrgica de la lesión calcificada y posterior estudio histopatológico. Se pudo observar que la misma estaba íntimamente relacionada con el agujero mentoniano. 2) Tratamiento sintomático y antibióticoterapia postquirúrgica. 3) Se refiere a su odontólogo para continuar tratamiento odontológico. Diagnóstico histopatológico: Odontoma compuesto complejo. Evolución postoperatoria: Una vez eliminada la lesión el paciente presenta remisión completa de la sintomatología.

Conclusión: De acuerdo a los resultados obtenidos podemos corroborar la presencia de un Odontoma compuesto-complejo como factor etiológico de la Neuralgia de la tercera rama del nervio trigémino.

C. 192

Ameloblastoma: Consideraciones y decisiones quirúrgicas

Morales LR

Hospital General Zona No.1 I.M.S.S.
Aguascalientes. Mexico

El Ameloblastoma es un tumor odontogénico poco común que presenta un crecimiento lento, se localiza generalmente en la parte posterior de la mandíbula. Tiene un crecimiento biológico benigno, sin

embargo cuando llega a diagnosticarse a causado grandes destrucciones y su tratamiento se torna difícil y mutilante. Su rehabilitación en nuestro medio resulta casi imposible poderse realizar por falta de recursos económicos y materiales. Existen a nivel mundial protocolos de tratamiento para dichas lesiones y generalmente la decisión del manejo quirúrgico gira alrededor de términos de "Radical" y/o "Conservador". Dichos protocolos en nuestro medio no son aplicables. En este estudio se reportan los resultados de 3 casos de pacientes con diagnóstico de ameloblastoma, sugiriendo un protocolo de tratamiento y con un periodo de seguimiento de 2, 3 y 4 años respectivamente. El protocolo consiste en: Realizar biopsias amplias bajo anestesia general (tratando de ser biopsias excisionales, en un 100%). Enucleación, curetaje manual y mecánico, crioterapia localmente y marsupialización con curaciones diarias hasta por un periodo de tres meses. En el caso que presente recurrencia está se trato de igual forma.

C. 193

Efecto cicatrizante de la clorofila soluble en alvéolos dentarios post-extracción

Torres-Villaseñor ME

Instituto Mexicano del Seguro Social.
Departamento de Estomatología. Hospital
Psiquiátrico con Medicina Familiar NC 10.
I.M.S.S. Mexico DF. Mexico

Desde los años 1930, la Medicina Alternativa cobra gran importancia en la búsqueda de productos naturales como la Clorofila.

Objetivo: Determinar el tiempo de cicatrización de los alvéolos dentarios, posterior a la extracción dentaria, aplicándoles inmediatamente clorofila soluble y compararlos con los alvéolos sin clorofila.

Material y Métodos: Se realizaron 40 extracciones, se dividieron en grupo control y experimental, fueron pacientes de la consulta externa del Departamento de Estomatología. Al alveolo se le aplicó 0,09 de Clorophyll "J.J" en polvo. Se tomaron en cuenta las variables: Formación de tejido de granulación, sangrado, edema y dolor. Se observaron clínicamente a los 0,4, 8 y 12 días después de la extracción. Se aplicaron porcentajes para cada variable. Siendo un estudio comparativo, longitudinal y de causa-efecto.

Resultados: La formación de tejido de granulación en tiempo, fue casi igual en

ambos grupos; el sangrado y el edema persistieron por más tiempo en el grupo control y en cuanto al dolor, fue semejante en ambos grupos.

Conclusión: De acuerdo con las gráficas, el grupo experimental, sangró más que el grupo control. Esto llamo la atención, por lo que se buscó más información en la literatura y se encontró que la estructura molecular tanto de la clorofila como la de la hemoglobina son iguales. Tal vez, esto sea motivo de investigación con muestras más grandes; y en cuanto al efecto de la clorofila como activador de sangrado, se buscará su aplicación en alveolo seco.

C. 194

The prevalence of developmental anomalies of the tongue among the adult Jewish population in Israel

Yarom N, Buchner A, Cantony U,
Gorsky M

Tel Aviv University. Tel Aviv. Israel

The prevalence of different benign tongue lesions has been studied, and a large variation in the prevalence of lesions in different ethnic groups was found. Tongue lesions such as geographic tongue, fissured tongue and the median rhomboid glossitis were studied in Israel only among children. The aim of the present study was to evaluate the prevalence of geographic tongue, fissured tongue and median rhomboid glossitis among the adult Jewish population in Israel, and to assess the input of the ethnic background on the occurrence of those lesions.

A total of 2464 healthy Israeli adults were examined, and the occurrence of the different tongue lesions was evaluated. The prevalence of the geographic tongue, fissured tongue and the median rhomboid glossitis was 12.5%, 30.6% and 2.4% respectively. A gradual increase in the prevalence of the geographic tongue and the fissured tongue was noted with age, whereas the prevalence of the median rhomboid glossitis was decrease with age. The association between the geographic tongue and the fissured tongue was highly significant. No correlation was noted between the occurrence of those lesions and the ethnic background of the individuals.

Even-though no statistically significant differences were found in the prevalence of the fissured tongue among the different ethnic groups, we believe that the ethnic background does play some role in the occurrence of the fissured tongue.

C. 195**Leishmaniosis facial e intrabucal:
Aspectos clínicos y microscópicos**

Consolaro A, Grão Velloso TR,
Rebellato V, Torres Rendón AC

*Facultad de Odontología de Bauru. Universidad
de São Paulo. Brasil*

En algunas regiones de los trópicos la Leishmaniosis cutáneo-mucosa tiene prevalencia endémica y la globalización torna importante su diagnóstico. El objetivo de

este trabajo es estudiar las características clínicas y microscópicas de la Leishmaniosis cutáneo-mucosa especialmente en la región facial y mucosa bucal a partir de 6 casos clínicos. La relación de las manifestaciones mucosas con lesiones de la piel se hacen presente en la extensión vía mucosa nasal. Las lesiones exclusivamente bucales son raras. Los granulomas de la Leishmaniosis son laxos, y los macrófagos se encuentran con citoplasma vacuolado cargado de *Leishmania brasiliensis*. La cantidad de células gigantes multinucleadas inflamatorias es pequeña.

Los leucocitos están difusamente distribuidos. Las áreas ulceradas de los epitelios pueden presentar hiperplasia pseudoepiteliomatosa. En algunos casos los granulomas no presentan parásitos, lo que dificulta el diagnóstico. La Leishmaniosis puede ser bipolarizada tal como se presenta en el *Mycobacterium leprae*. Esta infección puede ser anérgica ó alérgica, dependiendo del grado de estimulación e interacción de las células inmunológicas con el parásito. En esta presentación, serán destacados y comentados los aspectos clínicos y microscópicos.

SESIÓN CLINICOPATOLÓGICA (Coordinador: Dr. G. Esparza)**SCP 1. Tumoración en base de lengua**

Seoane J

Universidad de Santiago. España

Mujer de 56 años que presenta una tumoración ulcerada en la base de la lengua de 3 cm de diámetro que ha tenido una evolución crónica y un crecimiento progresivo. Acude a consulta por sintomatología obstructiva (disfagia, disnea, ...) secundaria a la masa.

SCP 2. Dolor y asimetría temporal

Burgos JJ

Universidad del País Vasco EHU. España

Mujer de 72 años con dolor en la zona temporal izquierda de 7 años de evolución y con asimetría facial progresiva.

SCP 3. Lesiones dolorosas en encía

López de Blanc S

Universidad Nacional de Córdoba. Argentina

Varón de 62 años, fumador de 40 cigarrillos diarios y bebedor de 1 litro de vino diario desde los 20 años. Presenta desde hace mes y medio lesiones en encía inferior que le producen dolor. También presenta una pequeña pérdida de sustancia en el dorso lingual.

SCP 4. Múltiples tumoraciones en la lengua

Milián MA

Universidad de Valencia. España

Mujer de 16 años, que presenta múltiples tumoraciones, desde hace años, en el tercio anterior de la lengua, de 1-3 mm, de color sonrosado amarillento, sesiles y asintomáticas.

SCP 5. Hallazgo radiológico casual

Dayan D

Universidad de Tel Aviv. Israel

Mujer de 48 años a la que se le realiza una ortopantomografía de control.

SCP 6. Tumoración ulcerada yugal

Dayan D

Universidad de Tel Aviv. Israel

Mujer de 50 años que presenta en la mucosa yugal una tumoración dura y ulcerada en su porción central.

SCP 7. Úlcera lingual dolorosa

Gándara P

Universidad de Santiago. España

Varón de 31 años, no fumador, no bebedor con historia de aftas recurrente. A los 17 años fue diagnosticado de linfoma de Hodgkin y tratado con quimioterapia y radioterapia. Desde hace 1 mes presenta una úlcera en el borde lateral de la lengua de 1 cm de diámetro, de bordes indurados y dolorosa a la palpación.

SCP 8. Dolor mandibular

Bernal AE

Universidad Nacional de Colombia. Colombia

Mujer de 19 años que presenta dolor en región anterior de la mandíbula de 6 meses de evolución y que no ha cedido a antiinflamatorios y antibióticos. No presenta antecedentes de traumatismo, ni de otro carácter digno de interés.

**SCP 9. Tumefacción submandibular
ligeramente dolorosa**

García-Pola MJ

Universidad de Oviedo. España

Mujer de 25 años que desde hace 26 días presenta una tumefacción en la región submandibular, de coloración normal, sin fistulas ni otras lesiones. Les ligeramente dolorosa a la palpación. No existe fiebre ni otros signos generales. No presenta hábitos tóxicos y resto de antecedentes personales sin interés.

SCP 10. Lesión roja en paladar duro

Fischman S

Universidad de Nueva York. Estados Unidos

Mujer de 18 años de edad, de raza negra, que presenta un área rojiza en la línea media del paladar duro, de 5 cm de diámetro, ligeramente dolorosa a la palpación, de 2 años de evolución y que no ha cedido a antibióticos ni a antifúngicos. No se palpan adenopatías.

SCP 11. Ampollas en las encías

Martínez-Sahuquillo A

Universidad de Sevilla. España

Mujer de 56 años, operaria de la industria del cuero, con inflamación y ampollas recidivantes en las encías de dos años de evolución. Presenta placas liquenoides en piel, rinitis y molestias en faringe. Pruebas de sensibilidad positivas al níquel y al paladio.

SCP 12. Tumoración en paladar

Cardona F

Servicio Navarro de Salud. España

Mujer ecuatoriana de 30 años que presenta una tumoración en el paladar, ligeramente dolorosa a la presión, y que es una recidiva tras varios años asintomática.

ÍNDICE DE AUTORES

Aboytes E	C. 52	Beltrán J.	C. 182
Abud KR	C. 130	Berini Aytés L	C. 39
Aguado A	C. 43	Bermejo Fenoll A.	S1. 4, C. 35, C. 82
Aguirre JM	C. 5, C. 19, C. 26, C. 37, C. 38, C. 136, C. 178, C. 183, C. 184	Bernal AE	C. 112, C. 113, C. 114, C. 115, SCP 8
Aguirregaviria JI.	C. 5, C. 38	Bertacchini C	C. 72
Agustín Vargas P	C. 88	Biete A	C. 44
Ajudarte Lopes M	C. 89	Blanco A	C. 3, C. 162, C. 163, C. 165, C. 166, C. 167, C. 168, C. 169, C. 170, C. 171, C. 172, C. 173
Alapont M	C. 26	Bonilla C	C. 113
Alcoba E	C. 72	Borges SA	C. 55
Aldape B	C. 49, C. 51, C. 52, C. 53, C. 54, C. 55, C. 56, C. 69, C. 70, C. 81, C. 85, C. 175	Borja A	C. 148, C. 149, C. 150, C. 151
Alfaro A	S3. 1	Brandao AAH	C. 47, C. 48, C. 76, C. 119
Almeida JD	C. 46, C. 47, C. 48	Braun G	C. 52
Alonso J	C. 187	Bravo IM.	C. 36, C. 86, C. 87
Alonso-Vargas R	C. 183, C. 184	Brito A	C. 86, C. 87
Álvarez J	C. 187	Brito Arteaga AV	C. 36
Álvarez M	C. 94	Brotóns A	C. 189, C. 190
Amaral R	C. 126	Buchner A	C. 194
Amaral RA	C. 124	Bullón P	C. 31
Anbinder AL	C. 64, C. 65	Burgos JJ.	SCP 2
Andikoetxea B	C. 187	Caamaño F	C. 95, C. 96
Anzola M	C. 5	Caballero J	C. 31, C. 188
Arévalo MP	C. 183	Caballero R	C. 123, C. 144
Arisawa EAL	C. 46, C. 47, C. 119	Cabral LAG	C. 48
Armas JR	C. 185, C. 186	Callestini R	C. 18
Arrascue M	C. 182	Cameselle JM	C. 165, C. 168
Arrieta JJ	C. 105, C. 106, C. 107, C.121, C. 122	Campo J	C. 73, C. 108, C. 138, C. 139, C. 145
Arrue A	C. 141	Campos E	C. 57
Artés M	C. 80	Cancela P	C. 116, C. 117, C. 138, C. 139
Ávila C	C. 15	Cano J	C. 145
Bagán JV	S1. 3, C. 146, C. 147, C. 148, C. 149, C. 150, C. 151, C. 152, C.153, C. 179, C. 180, C. 189, C. 190	Cantony U	C. 194
Balducci I	C. 66	Cardona F	C. 179, SCP 12
Baña S	C. 165, C. 171	Carneiro JL	C. 162, C. 165, C. 172
Barbier L	C. 187	Carrasco D	C. 81
Barboza CAG.	C. 71	Carretero MA	C. 79
Barráez Masroua D	C. 100	Carrica V	C. 97, C. 98
Barral S	C. 92	Carrillo-Muñoz AJ	C. 183
Barrett AW	C. 3	Carvalho JFC.	C. 126
Bartolomé B	C. 106, C. 107	Carvalho VAP	C. 137
Bascones A	C. 78, C. 109, C. 118	Carvalho YR	C. 46, C. 47, C. 48, C. 64, C. 65, C. 66
Behar J	C. 55	Castillo Ríos J	C. 17
Beiras A	C. 164	Castro A	C. 5, C. 92
Bellintani C	C. 23	Cavalcante ASR	C. 99
		Ceballos A	S2. 3, C. 8, C. 9, C. 10, C. 34
		Ceballos L	C. 167

Cerero R	C. 73, C. 79, C. 108, C. 116, C. 117, C. 138, C. 139	Figuro E	C. 79
Chaparro N	C. 153	Finol HJ	C. 27, C. 28
Chimenos Küstner E . . .	C. 21, C. 22, C. 32, C.33, C. 128	Fischman S	SCP 10
Coimbra F	C. 124	Flor A	C. 180
Colombo CED	C. 66	Fons A	C.152
Consolaro A	C. 18, C. 155, C. 156, C. 157, C. 158, C. 195	Fragoso A	C. 15, C. 175
Consuegra L	C. 45	Francés N	C. 57, C. 58
Contreras I	C. 183	Francisco RM	C. 44
Contreras J	C. 12	Franco MF	C. 29
Corona I FP	C. 29	Frascino N	C. 72
Correnti M	C. 3, C. 11, C. 36, C. 87	Freitas M	C. 162, C. 166, C. 171
Crespo A	C. 162	Freitas R de A	C. 71, C. 83, C. 102, C. 110
Cruz B	C. 49, C. 69, C. 70	Gaitan L	C. 15, C. 16
Cuairán V	C. 15	Galera P	C. 108
Cuevas N	C. 5	Gallardo I	C. 186
Da Torre P	C. 96	Galmarini F	C. 72
Dayan D	SCP 5, SCP 6	Galvao De Sousa SM	C. 129
De Arruda Moura R	C. 155, C. 156	Galvao HC	C. 83, C. 102, C. 110
De Assis Taveira LA	C. 155, C. 156	Gándara JM	C. 162, C. 163, C. 164, C. 165, C. 166, C. 167, C. 168, C. 169, C. 170, C. 171, C. 172, C. 173
De la Fuente J	C. 93	Gándara P	C. 164, C. 167, C. 173, SCP 7
De Oliveira Tosello D	C. 74, C. 75	García A	C. 162, C. 163, C. 164, C. 165, C. 166, C. 167, C. 168, C. 169, C. 170, C. 171, C. 172, C. 173
De Santana EJB	C. 158	García Cano FJ	C. 19, C. 37
Del Moral Y	C. 51	García FJ	C. 54
Del Valle SC	C. 28	García JA	C. 78
Delgado W	S2. 4, C. 140, C. 181, C. 182	García Martín JM	C. 177
Della Coletta R	C. 88, C. 90	García T	C. 128
Díaz J	C. 72	García-Carrillo A	C. 116
Díaz M	C. 24, C. 25	García-Nuñez JA	C. 108
Díaz MA	C. 143	García-Pola MJ	C. 91, C. 177, SCP 9
Díaz I	C. 174	Gavaldá C	C. 146, C. 147, C. 153, C. 180
Dinatale E	C. 191	Gay Escoda C	C. 39
Diz P	C. 91, C. 92, C. 93, C. 94, C. 95, C. 96	Gaytán Ramos C	C. 174
Echevarria MA	C. 136	Giacco C	C. 72
Eguia A	C. 136	Gil Masroua B	C. 100
Ellacuría J	C. 2	Gimeno M	C. 58
Ellorin MH	C. 125	Giralt MT	C. 141
Escalona L	C. 36, C. 87	Gluskinos M	C. 61
Escovich L	C. 103, C. 104	Gnepp D	C. 154
Esparza G	C. 79, C. 138, C. 139, C. 145	Goberna B	C. 31
Eugui ME	C. 111, C. 125	Gomes MF	C. 76, C. 77, C. 130, C. 131, C. 132, C. 133, C. 134, C. 135, C. 137
Feijoo JF	C. 91, C. 93, C. 94, C. 95	Gómez de Tejada MJ	C. 31
Fernández R	C. 21	Gómez del Torno J	C. 105, C. 121
Fernández-Fernández I	C. 5	Gómez Sainz FM	C. 4, C. 141
Ferre J	C. 30, C. 44	González C	C. 22, C. 128
Ferreiro MC	C. 92	González García M	C. 177
Ferrera ML	C. 111, C. 125		

González I	C. 108, C. 122, C. 105	Lama L	C. 181
González JM	C. 1	Lamey PJ	S3. 4
González LB	C. 63	Lanfranchi H.	S1. 2, C. 63
González Moles MA.	C. 8, C. 9, C. 10, C. 34	Laredo R	C. 92
González-Guevara MB	C. 142	Larrea G.	C. 184
Gonzalo JC	C. 145	Latorre R	C. 120
Gorsky M	C. 68, C. 194	Lauritano D.	C. 13
Gotuzzo E.	C. 181	Lazarde J	C. 7
Granados H	C. 51	Levin LE	C. 84
Graner E.	C. 90	Leyva E	C. 15
Grao Velloso TR	C. 157, C. 195	Limeres J.	C. 91, C. 93, C. 94, C. 95, C. 96
Grau-García-Moreno DM.	C. 176	Llamas S	C. 79, C. 109, C. 138, C. 139
Guercio Mónaco E.	C. 6	Llena C.	C. 149
Guevara I	C. 16	Lloria E.	C. 151
Guijarro B.	C. 14	Lloria M	C. 151, C. 153
Guillén M	C. 118	López A	C. 12, C. 14, C. 24, C. 25, C. 40, C. 41
Hasson-Kanfi H.	C. 68	López de Blanc S	SCP 3
Haya C.	C. 146, C. 148	López E	C. 61
Henning M	C. 3	López F	C. 57
Henríquez M	C. 125	López Haro ML	C. 174
Hermida M	C. 92	López J	C. 21, C. 22, C. 128, C. 163, C. 168, C. 171
Hidalgo LH	C. 29	López Jornet P	C. 35, C. 82
Higuera M.	C. 113	López JS.	C. 80
Howard Mora M	C. 17	López Matínez M.	C. 5
Ibarra GC	C. 28	López Sánchez AF.	C. 42, C. 67, C. 127
Idrovo J	C. 113	Lorena SCM	C. 18
Ignorosa C	C. 175	Lourenço RM	C. 158
Infante JC.	C. 19, C. 37	Lozano A	C. 12
Irigoyen ME.	C. 143	Lozano R	C. 154
Itoiz ME	C. 20, C. 63	Lucas J.	C. 121
Iturbe C	C. 24, C. 25	Lucero A.	C. 53
Iturburu A.	C. 159, C. 160	Lugo M.	C. 11
Jané E	C. 22	Luna D	C. 175
Jaraj MA.	C. 62	M de Pancorbo M	C. 5
Jesús JMR	C. 18	Machado ALS	C. 76, C. 119
Jiménez C.	C. 11	Madriñán P.	C. 163, C. 165, C. 173
Jiménez CC.	C. 111	Mancini MNG	C. 64
Jiménez E.	C. 105, C. 106, C. 122	Mansilla MI.	C. 125
Jiménez Y.	C. 146, C. 150, C. 152, C. 179	Mardenlli F	C. 60
Junqueira JC.	C. 64, C. 65	Marques Soares MS	C. 32, C. 33
Junquera L	C. 45	Martelli-Júnior H	C. 90
Juzgado A.	C. 106, C. 121, C. 122	Martín F.	C. 105, C. 122
Keszler A	C. 20	Martín JC	C. 187
Kohlemann KR	C. 131	Martín-Mazuelos E	C. 183
Kowalski LP	C. 89	Martínez A	C. 15, C. 118, C. 146, C. 148, C. 167
Lages Lima N	C. 155	Martínez E	C. 147, C. 149
Lago L	C. 166, C. 171	Martínez J	C. 178
Lago M.	C. 169	Martínez JM	C. 145

Martínez Lara I	C. 34	Paparella ML	C. 63
Martínez M.	C. 151, C. 152	Pardo S	C. 159, C. 160, C. 161
Martínez MT	C. 173	Paz MH	C. 104
Martínez-Conde R	C. 136	Peixe S.	C. 134
Martínez-Sahuquillo A.	C. 31, C. 185, C. 186, C. 188, SCP 11	Peláez J	C. 117
Martínez-Sahuquillo JM	C. 185	Pena A.	C. 164, C. 169, C. 170, C. 172
Masroua de Gil J.	C. 100	Peñamaría M	C. 163, C. 167, C. 168
Mata M	C. 3	Peñarrocha M.	S3. 2, C. 189, C. 190
Matsumoto MA	C. 129	Pereira L	C. 102, C. 110
Maza JL	C. 2	Pereira Pinto L	C. 71, C. 83
Melo RM.	C. 135	Pereiro I.	C. 165, C. 168
Meneses L	C. 181	Pereiro M	C. 164, C. 169, C. 170
Mijares M.	C. 3	Pérez C	C. 125
Milián MA	C. 147, C. 148, C. 150, SCP 4	Pérez L.	C. 12
Mirada A.	C. 80	Pérez RP.	C. 29
Molera R	C. 57, C. 58	Perrone M	C. 36, C. 87
Molina Gómez AM.	C. 40, C. 41	Petti F	C. 150, C. 153
Morales LR.	C. 192	Picco Diaz I.	C. 174
Morales P.	C. 8, C. 9, C. 10	Pilafis M.	C. 62
Morcillo E.	S3. 3	Piloni MJ.	C. 20
Moreno LA.	C. 24, C. 25, C. 40, C. 41, C. 42, C. 67, C. 79, C. 109, C. 127, C. 138, C. 139	Plens G	C. 131, C. 132, C. 134, C. 135
Moret Y	C. 59	Polo L.	C. 116
Morilla J	C. 123, C. 144	Pontes EM	C. 134
Mosqueda A	C. 143	Pontón J.	S2. 1, C. 183, C. 184
Nadorfy-López E	C. 27, C. 28	Porrás I	C. 175
Nary Filho H	C. 129	Poveda R	C. 152
Nava C	C. 60	Prado C	C. 2
Navajas A	C. 26	Prieto P	C. 171
Navalpotro B.	C. 44	Puig J.	C. 44
Niembro de Rasche E	C. 58	Quagliato N.	C. 104
Ocampo A.	C. 93	Quezada D	C. 49, C. 53, C. 81, C. 85
Ocampo F.	C. 49	Quindós G	S2. 5, C. 183, C. 184
Oliveira DT	C. 18	Ramalle E.	C. 19
Oliveira JAC	C. 102	Ramil V	C. 166, C. 170
Oliveira MDC.	C. 110	Ramírez JR	C. 43
Ore I	C. 182	Ramôa Pires F	C. 88, C. 89
Ortiz de Zárate E.	C. 187	Ramón C	C. 153
Ortiz G	C. 16	Ramos H	C. 51
Osornio N.	C. 175	Ramos MC	C. 8, C. 9, C. 10, C. 34
Otero E	C. 166, C. 170, C. 171	Ramos R	C. 58
Otero JL	C. 93	Rebellato V.	C. 158, C. 195
Outumuro M	C. 95, C. 96	Reboiras MD.	C. 162, C. 169, C. 173
Pacheco A	C. 7	Rezola R.	C. 38
Paes de Almeida O	C. 89	Ribacoba L	C. 183
Palomino J	C. 60	Río A	C. 161
Papa A	C. 12	Rivera H.	C. 59, C. 125
		Rocha JC	C. 130, C. 131, C. 132, C. 134, C. 135
		Rocha RF	C. 46, C. 47, C. 64, C. 65, C. 66, C. 119

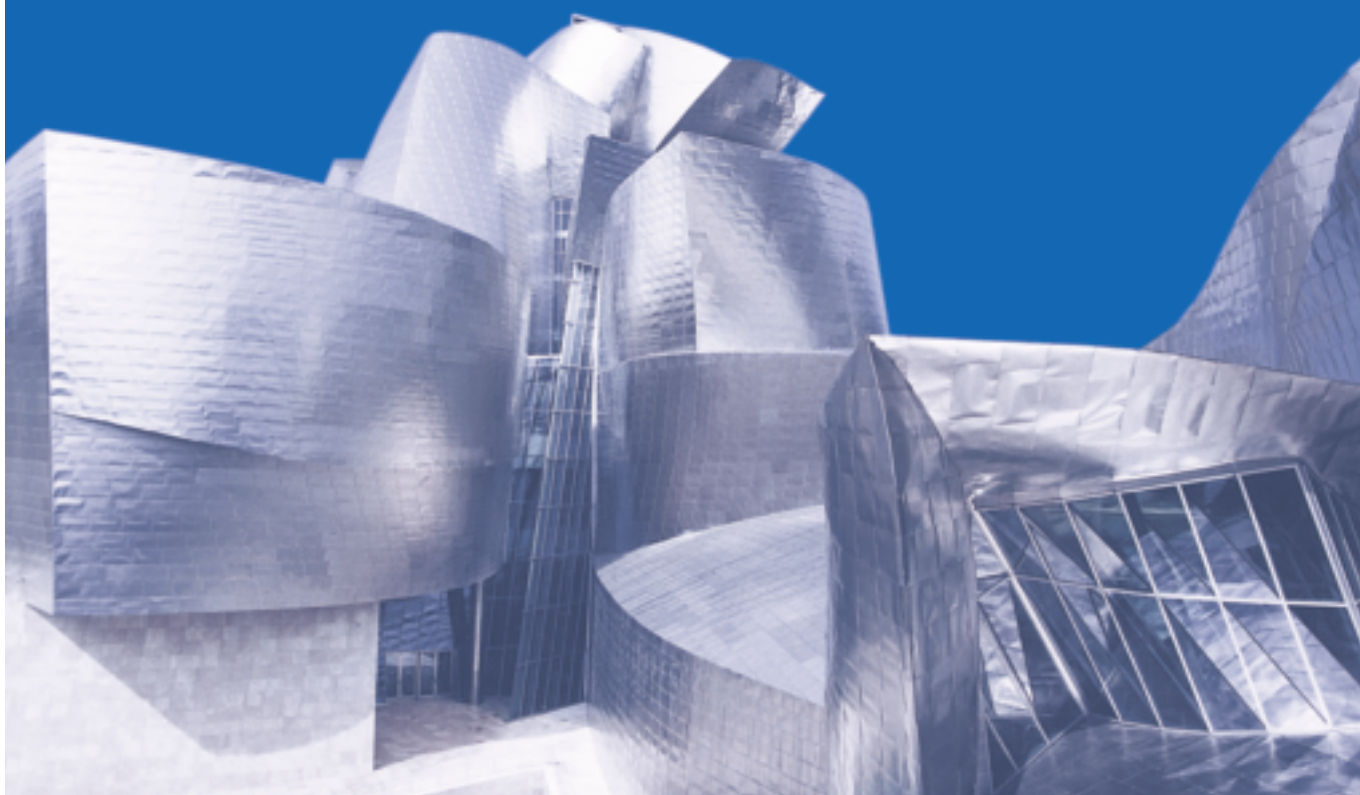
Rodrigo D	C. 78, C. 109	Serrano V	C. 109, C. 118
Rodrigo MA	C. 73, C. 78	Silva CMOM	C. 119
Rodrigues Fregnani E	C. 88, C. 90	Silva MM	C. 131
Rodríguez C	C. 26	Silvestre-Donat FJ	C. 176
Rodríguez de Rivera E	C. 21, C. 32, C. 33	Simón R	C. 73
Rodríguez E	C. 12	Smith V	C. 118
Rodríguez IE	C. 107	Somacarrera Pérez ML	C. 24, C. 25, C. 40, C. 41
Rodríguez MJ	C. 37, C. 38		C. 42, C. 67, C. 127
Rodríguez P	C. 106	Somoza M	C. 168, C. 172
Rodríguez U	C. 85	Souza LB de	C. 71, C. 83, C. 102, C. 100
Rodríguez-Archilla A	C. 8, C. 9, C. 10	Spadari F	C. 13, C. 23
Rojas G	C. 120	Suárez JM	C. 43
Romero E	C. 154	Tamarit-Santafe C	C. 176
Romero MJ	C. 180	Tapia JL	C. 54
Romo GJ	C. 29	Teixeira RTS	C. 130, C. 132
Romo L	C. 187	Tetlamatzin C	C. 56
Roselló X	C. 22	Tomás I	C. 91, C. 94, C. 95, C. 96
Rovirosa A	C. 44	Toranzo MP	C. 173
Rubalcaba JL	C. 85	Toranzo P	C. 166, C. 167
Rubalcava CV	C. 54	Toribio J	C. 163, C. 164, C. 170
Rubio R	C. 69, C. 70	Torres MA	C. 143
Ruesga MT	C. 183, C. 184	Torres Rendón AC	C. 156, C. 157, C. 195
Ruiz Avila I	C. 8	Torres-Tejero MA	C. 142
Ruiz JC	C. 159, C. 160, C. 161	Torres-Villaseñor ME	C. 193
Ruiz Roca JA	C. 39	Tosello DO	C. 137
Ruiz-Alba J	C. 107, C. 121	Tovar V	C. 28, C. 36, C. 86, C. 87
Sabate M	C. 44	Turrion A	C. 57
Sacsquispe S	C. 140	Valdés V	C. 120
Sagasta O	C. 136	Valdivia C	C. 120
Saiz A	C. 147, C. 149	Valerón F	C. 123, C. 144
Salazar A	C. 125	Vannucci MG	C. 76, C. 77
Salgado MAC	C. 74, C. 75, C. 131, C. 132,	Varela P	C. 43
.	C. 133, C. 134, C. 135, C. 137	Vázquez E	C. 91, C. 94
Samaranayake LP	S2. 2	Vázquez I	C. 117
Sánchez A	C. 179	Vázquez MT	C. 57, C. 58
Sánchez Fabian IM	C. 174	Vázquez Sánchez ME	C. 101
Sánchez Pérez A	C. 82	Vela C	C. 188
Sánchez Siles M	C. 35, C. 82	Velázquez E	C. 19, C. 37
Sánchez Thome L	C. 157	Vera F	C. 189
Sánchez V LO	C. 29	Vicci M	C. 61
Sant'Anna LB	C. 74, C. 75	Vicente JC	C. 45
Santamaría J	C. 187	Videgain J	C. 5, C. 38
Santoro F	C. 13, C. 23	Vigo M	C. 186
Santos Navarro I	C. 40, C. 41	Villarreal P	C. 45
Santos VW	C. 133	Villarroel M	C. 3
Saura Inglés A	C. 82	Villatoro-Ugalde VG	C. 142
Schreiner CC	C. 132	Viñals Iglesias H	C. 30, C. 44, C. 128
Seoane J	C. 43, C. 145, SCP 1	Yarom N	C. 194
Serrano C	C. 73, C. 108, C. 116, C. 117, C. 138, C. 139	Zunt S	S1. 1



VI CONGRESO NACIONAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE MEDICINA ORAL

IV REUNIÓN INTERNACIONAL
DE LA ACADEMIA IBEROAMERICANA
DE PATOLOGÍA Y MEDICINA BUCAL

LA MEDICINA BUCAL EN EL TERCER MILENIO



Bilbao 3-6 Octubre 2001