

Patología de la boca

María Pía Máximo

Paciente 1

Dra. María Pía Máximo: El primer paciente se llama Jonathan, tiene 18 años, es sano y no presenta antecedentes familiares de importancia. A los 15 años fue operado, porque el canino superior derecho estaba retenido en el paladar duro, entre el incisivo lateral y el primer premolar derechos. Consulta al Servicio de Dermatología por una lesión no dolorosa en el paladar duro, de 20 días de evolución. En el examen físico, se observa un tumor de forma oval de 3 cm de longitud anteroposterior y 2 cm de longitud transversal, que se eleva 1 cm por debajo del nivel del paladar duro. Se localiza del lado derecho de la línea media, y abarca el primero y segundo premolar, y el primer molar. La mucosa que recubre la lesión es de aspecto y color normales. El borde medio es definido, y los bordes posterior y externo son difusos. La masa no se desplaza a la palpación, es renitente y ligeramente sensible. No se observan adenopatías cervicales (Figura 1).

¿En qué diagnósticos pensarían?

Dra. Noemí Rivas¹: Me parece que para plantear un diagnóstico no alcanzan sólo los datos aportados a nivel bucal, el médico necesariamente tiene que realizar una anamnesis, preguntar si el paciente es una persona sana.

Dra. M. P. Máximo: Sí, es un adolescente sano.

Dra. Rivas: Pero hay muchos detalles que debemos tener en cuenta, como un examen físico completo, antes de hacer una presunción diagnóstica.

Dra. Ianina Máximo²: El paciente acudió inicialmente al Servicio de Dermatología donde luego de un pormenorizado examen, fue derivado a Estomatología. Sólo mencionamos los datos positivos por motivos didácticos.

Dra. Rivas: Con este planteo y los datos que me parecen importantes, diría que toda lesión tumoral que aparece en la boca puede ser de origen neoplásico o infeccioso y, si es de origen infeccioso, ¿cuál es su evolución? Dadas las características, entre ellas tumor no doloroso, se puede pensar en patologías que actualmente están en aumento, como las enfermedades de transmisión sexual.

Dr. Eduardo López³: Existen tumores bucales laterales a infecciones dentarias que son generalmente de comienzo agudo, como los abscesos odontogénicos periapicales o periodontales, pero se acompañan de importante dolor, ese dolor agudo de un sábado o un domingo a la noche que uno no sabe a dónde ir. No es este el caso; le preguntaría a la odontóloga si detectaron caries o enfermedad periodontal durante la exploración de la boca.

Dra. M. P. Máximo: La boca era blanca, lo que significa que no tenía lesiones cariosas. Tampoco tenía enfermedad gingival o periodontal.

Dr. López: Uno de los primeros diagnósticos que se tendría que considerar es una infección aguda, pero este no parecería ser el caso; otro diagnóstico sería el de infección de larga evolución y curso tórpido, como los gomas sifilíticas o las lesiones del secundarismo sifilítico. Por otro lado, no podemos dejar de considerar algunas micosis superficiales de zonas subtropicales, como la blastomicosis sudamericana que también puede provocar este tipo de lesión, acompañada de un puntillado hemorrágico lateral; he visto lesiones de este tipo en amígdalas, muy parecidas a esta lesión. Si fuera un niño inmunosuprimido surgirían otros diagnósticos que vale la pena comentar, como histoplasmosis en pacientes con el virus de la inmunodeficiencia humana y, por último, tener en cuenta, a los linfomas, aunque no sea la localización habitual.

Dra. Rivas: Los linfomas tienen un crecimiento muy acelerado y esto no sucede con este paciente, por lo cual me parece poco probable que sea neoplásico; en cambio, sí pienso que podemos orientarnos hacia algo infeccioso como hemos comentado anteriormente, o a algún granuloma por cuerpo extraño.

Dr. Juan Pablo Wasserman⁴: Antes de inclinarme por uno de los diagnósticos que propuso el Dr. López, pienso: si esto me llega un mes después de la cirugía haría una interconsulta con el cirujano bucomaxilofacial que lo operó para saber, si es posible, si la lesión es una complicación o secuela del acto quirúrgico. Le pregunto a la Dra. Máximo si existe la probabilidad de que esta patología de crecimiento lento se haya originado como secuela del acto quirúrgico, tres años después.

Odontostomatóloga concurrente
Servicio de Dermatología
Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"
Gallo 1330 (1425)
Buenos Aires, Argentina

Dra. M. P. Máximo: Sí, es factible, como es el caso del quiste dentígero o del queratoquiste asociados a una pieza dentaria retenida, donde en la exodoncia de la misma pieza no han sido detectados y continúan proliferando, y se manifiestan posteriormente; de la misma manera puede formarse un quiste residual a partir de restos epiteliales radiculares de la pieza retenida. Quiero aclarar que el quiste residual se puede localizar en cualquier sitio de la boca donde haya habido una pieza dentaria y el queratoquiste se ubica donde hay piezas dentarias retenidas, con preferencia a nivel del gonión, la rama mandibular y en la zona de los caninos superiores.

Dr. Wasserman: ¿No es la zona habitual de un ameloblastoma?

Dra. M. P. Máximo: Es posible encontrarlo allí, porque se origina a partir de epitelio odontogénico, aunque se ve con mayor frecuencia en la zona de tercer molar inferior.

Dra. Gabriela Nalli[®]: Generalmente los ameloblastomas se ubican en el gonión mandibular, y producen abombamiento de la tabla perióstica y de la encía. Examinando a este paciente se tendría que orientar el diagnóstico pensando en la topografía del paladar, allí hay glándulas salivales menores, esto sí es importante tener en cuenta. Las glándulas salivales menores o accesorias se encuentran en la mucosa labial, yugal y palatina, y son importantes las características que comentó la Dra. Máximo, que es una lesión de crecimiento lento, no dolorosa, blanda a la palpación, cubierta por mucosa de aspecto y color normales sin úlcera, además sin invasión del paladar más allá del rafe medio, que es la línea que une a ambos maxilares.

Con respecto al diagnóstico diferencial de blastomycosis, la vemos con lesiones ulcerovegetantes con necrobiosis acompañadas de un puntillado rojizo que corresponde a ectasias vasculares. Como diagnóstico presuntivo pensaría en una neoplasia anexial.

Dr. López: No descartaría los granulomas por cuerpo extraño o patologías de tipo específico con evolución tórpida y lenta.

Dra. Nalli: Los granulomas que observamos en boca son de aspecto granulomatoso, de color rojizo y de superficie irregular.

Dr. López: Creo que, por estar ubicado en el paladar duro, debemos tener un poco más de duda, si estuviera en el paladar blando coincido con usted, pero en el paladar duro, las patologías son más complejas.



Figura 1.
Tumor ovalado sobre el paladar duro a un lado de la línea media.

Dra. M. P. Máximo: Pensamos en absceso palatino, quiste odontogénico, adenoma pleomorfo, ameloblastoma, carcinoma mucoepidermoide, carcinoma adenoide quístico y fibrosarcoma. El absceso palatino puede manifestarse incluso en bocas sin lesiones cariosas que, al recibir un traumatismo en una pieza dentaria, ésta se necrosa y los gérmenes ingresan por vía periodontal por deficiente higiene o por fisuras amelodontinarias. El carcinoma adenoide quístico tiene una evolución lenta, su superficie puede o no ser ulcerada, es blando a la palpación y puede provocar dolor; el adenoma pleomorfo también es de lento crecimiento, tiene límites netos y es blando e indoloro a la palpación.

¿Cómo lo estudiarían? ¿Qué estudios diagnósticos solicitarían?

Dra. Rivas: Desde ya tendríamos que pedir un perfil sistémico completo y le tomaría una biopsia casi en forma inmediata. Tampoco me impresiona como un linfoma, pues uno está acostumbrado a verlo con otra clínica y localizado en el macizo superior. Queda claro que aquí hay que actuar con celeridad, le pediría un perfil y, entre tanto, le haría una biopsia.

Dra. Mercedes García Lombardi[®]: Creo que, en este caso, es más útil y rápido practicar una biopsia por punción con aguja fina.

Dra. M. P. Máximo: Solicitamos una ortopantomografía y descartamos la presencia de piezas dentarias supernumerarias retenidas y de quistes. Los senos maxilares y las fosas nasales tenían un aspecto normal; también solicitamos una tomografía axial computarizada, que mostró una masa que no invade el piso de las fosas nasales, ni de los senos maxilares. Hicimos una biopsia incisional y la histopatología reveló una lesión compuesta por distintos teji-

Figura 2.
A, componente epitelial glandular dispuesto en túbulos separados por tabiques fibroconectivos.
B, componente estromal. Fibromixioide con áreas condroides.

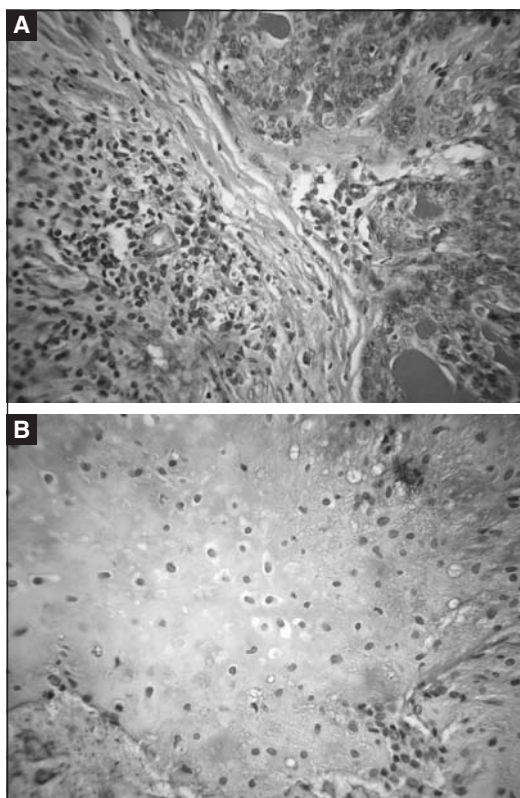
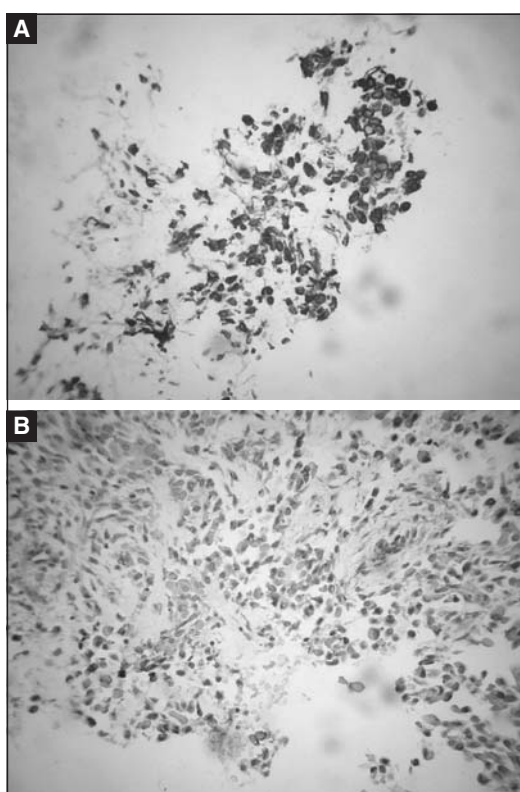


Figura 3.
 Inmunohistoquímica.
A, citoqueratina.
B, vimentina.



dos, entre ellos glandular y mixoide, separados por tabiques fibroconectivos; estos tejidos estaban rodeados por una gruesa cápsula (Figura 2). La inmunohistoquímica mostró citoquera-

tina fuertemente positiva, vimentina, desmina y actina muscular débilmente positivas, y CD34 y CD68 negativos (Figura 3). Hubiera querido que estuviera presente algún patólogo para compartir con nosotros los diagnósticos diferenciales a partir del resultado de la histopatología, pero vamos a continuar con el diagnóstico definitivo que fue **adenoma pleomorfo**. El paciente fue derivado al Servicio de Cirugía Plástica, donde se le realizó la escisión de toda la pieza con curetaje del lecho subyacente para evitar recidivas. La evolución fue muy buena (Figura 4). El adenoma pleomorfo es una neoplasia epitelial benigna que se manifiesta con mayor frecuencia entre la cuarta y quinta década de la vida; tiene predilección por el sexo femenino. El 85% se localiza en la glándula parótida y sólo un 7% se localiza en glándulas salivales menores de labio inferior y paladar. El 44% de las neoplasias de paladar surgen de las glándulas salivales menores y aproximadamente el 50% de esos casos son neoplasias malignas.

Dr. Wasserman: ¿Cuánto se tardó desde el diagnóstico hasta la operación?

Dra. M. P. Máximo: El tratamiento se efectuó muy rápido y el paciente fue operado al mes de la primera consulta. Inicialmente se le practicó una biopsia punción y no obtuvimos suficiente material, por lo que realizamos una biopsia. La histopatología señalaba dos diagnósticos presuntivos: uno era sarcoma sinovial y el otro, neoplasia epitelial maligna. Los patólogos recomendaban tomar una nueva biopsia, pero más ampliada. Con este informe, actuamos rápidamente y realizamos una interconsulta con el Dr. José Porta del Hospital Oncológico "Marie Curie", quien nos dio el diagnóstico de adenoma pleomorfo. Creo que, ante este tipo de lesiones, no podemos dejar de tener en cuenta entre los diagnósticos diferenciales al carcinoma mucoepidermoide, al ameloblastoma, al carcinoma adenoide quístico y a los sarcomas, y de acuerdo con ello, trabajar con eficiencia.

Paciente 2

Dra. M. P. Máximo: El segundo paciente se llama Patricia, tiene 13 años y no presenta antecedentes familiares de importancia. Como antecedente personal, estuvo internada por una infección urinaria al mes de vida.

Consulta por una lesión dolorosa en el paladar duro de 3 semanas de evolución, con progresivo aumento de tamaño y desplazamiento de algunas piezas dentarias. En el examen clínico, se detecta un tumor de forma redondeada, de 2 x

2,5 x 1,2 cm localizado en el paladar duro anterior sobre las rugas palatinas, a ambos lados de la línea media. La base es sésil, la superficie en sus dos tercios posteriores es de color y aspecto normales, y en su tercio anterior, es de color rojizo y de aspecto granulomatoso. Es doloroso a la palpación, de consistencia blanda y no se desplaza.

En el examen dentario, no descubrimos caries, ni enfermedad periodontal; a la percusión vertical y horizontal, manifestaba dolor y también había movilidad grado II. La movilidad se mide en grado I o incipiente cuando es <1 mm en sentido horizontal, grado II o moderada cuando es >1 mm, también en sentido horizontal, y grado III o grave cuando la movilidad es horizontal y también axial. En este caso, la movilidad era de 1 mm en dirección horizontal.

Se observó microtrauma dentario, diastema interincisivo, adenopatías submaxilares del lado derecho, móviles y dolorosas. En el examen clínico general, la niña tenía ictericia, baja talla y era muy delgada para la edad (Figura 5).

¿En qué diagnósticos pensarían?

Dr. Wasserman: En lo primero que pensaría es en la ictericia, si ésta era aguda o de larga duración.

Dra. M. P. Máximo: La ictericia era aguda.

Dr. Wasserman: No sé si la ictericia está relacionada con la imagen de la boca... ¿ustedes saben por qué tiene ictericia?, ¿tenía hepatomegalia y esplenomegalia?

Dra. I. Máximo: Tenía hepatomegalia.

Dra. Rivas: ¿Tuvo fiebre, decaimiento, malestar general?

Dra. I. Máximo: Estaba sin fiebre, pero con decaimiento.

Dra. Rivas: ¿Qué tiempo llevaba la ictericia?

Dra. M. P. Máximo: Una semana de evolución.

Dr. Wasserman: ¿Qué antibiótico recibía y cuánto tiempo llevaba tomándolo?

Dra. M. P. Máximo: Tomaba amoxicilina desde de 24 horas antes.

Dr. Wasserman: Otra cosa que se podría haber pensado era en una hepatitis tóxica, pero no es el caso, pues tenía sólo 24 horas de tratamiento antibiótico.

Dra. M. P. Máximo: ¿Alguien quiere plantear algún diagnóstico presuntivo?

Dr. López: Si tengo que pensar en algo es en una enfermedad infecciosa. Hay que buscar

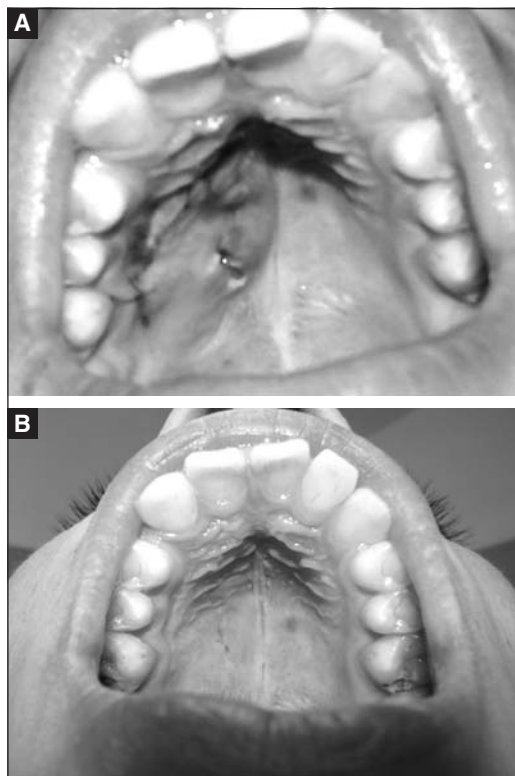


Figura 4.
A, posoperatorio a las 48 h.
B, a los 10 meses.



Figura 5.
Tumor en paladar duro anterior; diastema interincisivo.

los antecedentes, la paciente sexualmente ¿cómo funcionaba?

Dra. M. P. Máximo: La niña tenía 13 años y no mostraba signos de actividad sexual.

Dr. Wasserman: ¿Cómo estaban las transaminasas? Aparte de la ictericia ¿qué otros datos pueden aportarnos desde el punto de vista clínico?

Dra. Graciela Manzur⁷: El primer día realizamos un examen clínico completo. Además de la lesión tumoral, visualizamos la ictericia y el decaimiento, por lo que solicitamos análisis de laboratorio de urgencia y pruebas serológicas para hepatitis A y B. Las transaminasas estaban



Figura 6. Evolución a las 2 semanas de la primera consulta.



Figura 7. Tomografía axial computarizada. Masa que desplaza piezas dentarias, sopla y perfora corticales alveolares.

elevadas y determinamos que padecía hepatitis A.

Dr. López: ¿Tenía coluria?

Dra. I. Máximo: La paciente no refirió coluria.

Dr. López: Sigo insistiendo en que es una enfermedad infecciosa, posiblemente secundaria a un traumatismo o a una infección odontogénica. También es factible que sea un granuloma por cuerpo extraño. La hepatitis parecería ser una enfermedad concomitante. No conozco hepatitis A asociada a este tipo de lesión. La lesión me parece ulcerosa y hasta me pareció ver en la imagen secreción de tipo purulenta.

Dra. M. P. Máximo: La niña no tenía antecedentes de traumatismo dentario, pero creo que la infección odontogénica es el primer diagnóstico que se debe tener en cuenta, más cuando hay cercanía a una pieza dentaria.

Dra. Rivas: Entre los datos que aportaron sobre la paciente, me quedan dudas sobre el peso y la talla; con relación a esto, me pregunto si esta paciente no tenía algún grado de desnutrición y, cursando una infección vírica, sabemos que sistémicamente las defensas se

alteran y es más factible la sobreinfección bacteriana, y no nos olvidemos de que la boca es una cavidad absolutamente llena de gérmenes, ante lo cual coincido con el pensamiento del Dr. López, no me parece que esta lesión sea una neoplasia. Quisiera preguntar si la separación de los dientes no es una especie de ruta de necesidad para algún tipo de proceso purulento ubicado por debajo de las piezas dentarias.

Dra. M. P. Máximo: Generalmente, en las infecciones crónicas, observamos cierta movilidad de las piezas relacionada con la pérdida de sostén, y esta lesión es de evolución aguda.

Dra. Nalli: En la clínica, hemos visto este tipo de imagen granulomatosa en pacientes con un aumento de la paratohormona en una patología denominada tumor pardo del hiperparatiroidismo, que se manifiesta con tumores a células gigantes multinucleadas.

Dra. M. P. Máximo: Dentro de los diagnósticos diferenciales pensamos en absceso palatino, granuloma piógeno, granuloma gigantocelular periférico, granuloma gigantocelular central, tumor pardo del hiperparatiroidismo, granuloma eosinófilo, sarcomas y linfomas. Le pedimos una ortopantomografía donde observamos una radiolucidez de límites mal definidos que involucraba a los dos incisivos centrales y al incisivo lateral superior derecho. A la paciente se le hizo una punción aspirativa con aguja fina y el informe del estudio indicó escasas y aisladas células gigantes multinucleadas, escasos leucocitos y abundantes eritrocitos; con estos datos, orientamos el diagnóstico a tumor pardo del hiperparatiroidismo, granuloma gigantocelular periférico y granuloma gigantocelular central. Además le hicimos una biopsia incisional.

Dos semanas después de la consulta inicial, el tumor mide 3,6 x 3 x 3,5 cm, con superficie necrobiótica y base pediculada. Hay aumento del dolor y sensibilidad dentaria, y a la palpación la masa tiene cierta movilidad. El diastema entre los incisivos centrales es mayor y aparecieron nuevos diastemas entre otras piezas dentarias (Figura 6). Solicitamos una tomografía axial computarizada, en la que se observa una masa a nivel de la zona anterior del maxilar superior con corticales interna y externa sopladadas, y desplazamiento de piezas dentarias (Figura 7).

Ahora ¿en qué diagnósticos pensarían?

Dra. García Lombardi: Si uno piensa que el paciente puede tener un linfoma, en ese caso, habría que hacer un frotis. ¿Se hizo interconsulta con Hemato-Oncología?

Dra. I. Máximo: La paciente tenía un hemograma normal y decidimos derivarla a la Cátedra de Patología y Clínica Bucodental de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires, y el caso se resolvió en el lapso de 3 semanas.

Dra. Guadalupe Rey⁸: Para una lesión con tanta potencialidad proliferativa y con la cavidad bucal casi completamente ocupada se debe pensar en un sarcoma, y aquí el tiempo que uno tarda en hacer el diagnóstico es fundamental.

Dra. García Lombardi: En Pediatría, es muy frecuente la demora en los resultados de la citología, en esos casos, hay que realizar una biopsia incisional en forma inmediata.

Dra. Rivas: Lo que señala la Dra. García Lombardi y en esto quiero hacer hincapié sobre todo para los médicos jóvenes, es la oportunidad de la interconsulta, más en una patología de sospecha maligna.

Dra. Manzur: Quiero aclarar que sólo con fines docentes pusimos el dato ictericia para que el auditorio pensara un poco más. Esta niña llegó a la consulta derivada del Hospital Santojanni, y lo primero que pensamos fue: ¡cuidado con lo infeccioso y lo tumoral! Le realizamos el examen clínico en el Servicio de Dermatología, pedimos una rutina de laboratorio, un frotis y realizamos la interconsulta con Oncología; hicimos todo a nuestro alcance para luego derivarla a la Facultad de Odontología.

La forma del planteo fue para que el auditorio pensara en distintos diagnósticos, pero la paciente fue diagnosticada y tratada en forma eficiente.

Dr. José A. Máximo⁹: No pocas veces sucede que los clínicos vamos más rápido que los médicos de laboratorio, puntualmente con esta paciente tuvimos muchas dificultades en cerrar la histología, pues la patología era rara para nosotros, pero también lo era para los patólogos de la Facultad de Odontología quienes, a pesar de nuestras presiones, no definían el diagnóstico. Lo vivimos igual, el potencial de desarrollo fue tan grande, tan veloz, que temíamos estar frente a una patología maligna, pero no pudimos avanzar en el diagnóstico histológico. Cuando lo obtuvimos, la niña fue operada en 24 horas, pues había riesgo en cuanto a la masa ocupante.

Dra. I. Máximo: Desde el Servicio de Dermatología, presionábamos a la Cátedra de Patología de la Facultad de Odontología, pensando en lo malo que normalmente vemos y, des-

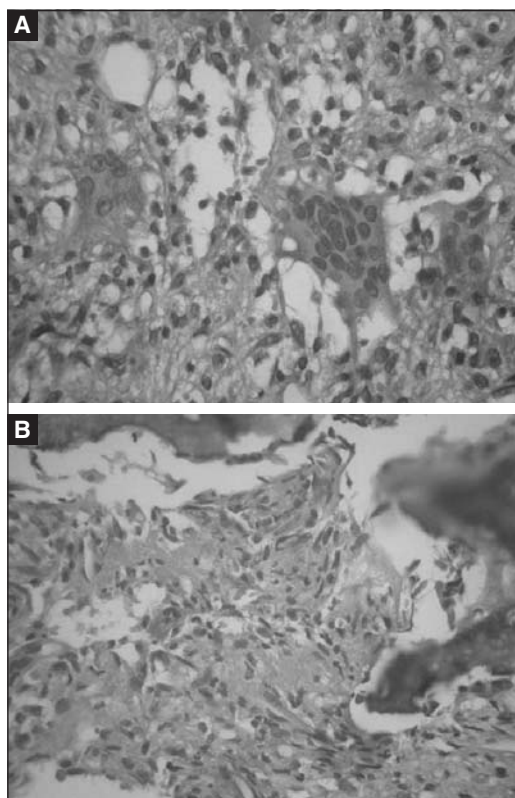


Figura 8. Histopatología. **A**, células gigantes multinucleadas sobre estroma de tejido fibroso. **B**, zonas de tejido osteoide.

de allá, nos tranquilizaban, pues ellos pensaban en una patología benigna.

Dra. M. P. Máximo: El informe histopatológico refiere células gigantes multinucleadas sobre un estroma fibroso, con zonas de tejido osteoide (Figura 8). Con respecto a la inmunohistoquímica dio CD34 (+), vimentina (+) y CD68 (+) demarcando este último la gran actividad macrofágica; también se hizo marcación para EMA (-) y CD1a(-) (Figura 9).

El diagnóstico definitivo fue **granuloma gigantocelular central**; se descartó tumor parado del hiperparatiroidismo por valores normales de PTH, calcio, y fosfatasa ácida y alcalina en sangre; granuloma eosinófilo por ausencia de células de Langerhans y, por último, los sarcomas por ausencia de células atípicas.

La paciente fue derivada al Servicio de Cirugía Plástica de este Hospital y fue operada por el Dr. Cichomsky. La cirugía consistió en eliminar con una legra la masa y las tres piezas dentarias incluidas en ella; además, se realizó un fresado del lecho óseo profundizando unos milímetros para evitar recidivas. En la Figura 10, se puede observar la evolución a las 48 horas y a los 7 días.

Esta patología es unaseudoneoplasia benigna osteolítica de los maxilares, que puede presentar comportamiento no agresivo o agresivo. La

Figura 9.
Inmunohistoquímica.
A, CD 34.
B, CD 68.

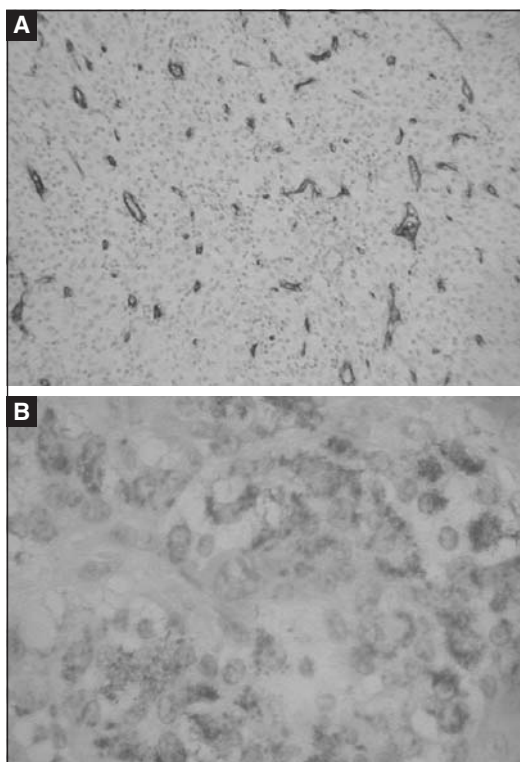
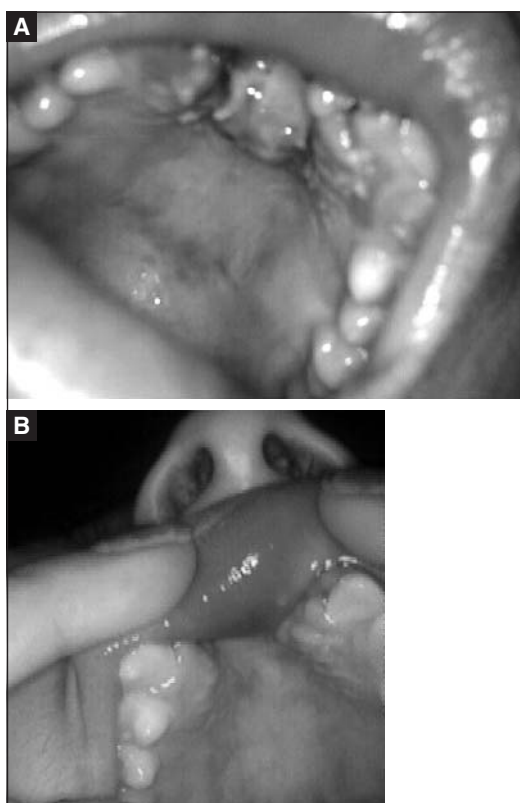


Figura 10.
A, a las 48 horas
de la operación.
B, a los 7 días de
la operación.



etiología es aún desconocida, predomina en el sexo femenino en una relación 2:1, aunque en recientes trabajos, se halló cierta nivelación en la frecuencia de presentación en ambos sexos. El pico de incidencia es entre la segunda y la tercera

década de la vida, y afecta a la mandíbula más que al maxilar superior, con una relación 2:1; cuando afecta al maxilar superior lo hace en la zona anterior o en la zona de premolares. Existe una mayor prevalencia de la forma no agresiva. Con respecto a la clínica, se lo ve como un tumor de tamaño variable que se localiza en la zona anterior de ambos maxilares. La forma no agresiva es de crecimiento lento, no dolorosa, y la agresiva es de crecimiento rápido y altera las piezas dentarias y las estructuras óseas; provoca dolor irradiado y sensibilidad dentaria.

La histopatología muestra células gigantes multinucleadas y pocas células mononucleares sobre un tejido fibroso. En las lesiones no agresivas, hay escasas células gigantes multinucleadas, gran cantidad de tejido fibroso y focos de neoformación ósea; en las lesiones agresivas, hay gran cantidad de células gigantes multinucleadas, escaso tejido fibroso y ausencia de focos de neoformación ósea.

En este caso, la patología se comportó clínicamente en forma agresiva, e histológicamente en forma no agresiva.

En la actualidad, el tratamiento de elección es el quirúrgico tomando un ligero margen de seguridad, pero se están investigando las inyecciones de corticoides intralesionales, alfa interferón subcutáneo y calcitonina en aerosol nasal para disminuir el tamaño de la lesión, y luego tratarla con cirugía para disminuir las secuelas. Se han documentado remisiones totales sólo con corticoides intralesionales y calcitonina.

Como conclusión, es importante realizar un diagnóstico preciso y rápido, con las debidas interconsultas, para poder ofrecer un tratamiento adecuado y precoz, y así obtener un mejor pronóstico.

Paciente 3

Dra. M. P. Máximo: Gerardo, de 16 meses de vida, tiene una lesión en el paladar y, como antecedente personal, pérdida de peso durante el último mes. Entre los antecedentes familiares, hay que destacar que el padre y la madre padecieron tuberculosis, fueron tratados y tenían a la fecha una PPD de 16 y 17 mm, respectivamente.

Enfermedad actual: Desde hace 2 semanas, tiene una úlcera de 1,2 cm de diámetro, ubicada centralmente en el paladar duro anterior a nivel de las rugas palatinas, de fondo rojo brillante y limpio, los bordes son elevados y eritematosos con un puntillado rojizo. Detrás de la úl-

cera, se observa una mancha de color violáceo, de bordes mal definidos. Hay adenopatías submaxilares bilaterales y móviles (Figura 11).

Dr. Wasserman: ¿Cómo se encontraba el niño a nivel sistémico?

Dra. M. P. Máximo: Estaba afebril, de buen ánimo y con buen estado general.

Dr. Wasserman: ¿Era VIH positivo o negativo?

Dra. I. Máximo: No lo sabíamos en ese momento. Lo revisamos y presentaba buen estado general; le pedimos a la madre los controles de peso y talla de los últimos meses. Notamos que había habido un descenso de peso, pero luego vimos que había una falta de incremento en la talla, por lo que concluimos que hubo un estancamiento en el peso que coincidió con la deambulación.

Dr. López: ¿De dónde era el paciente?

Dra. M. P. Máximo: De Capital, pero había viajado a Bolivia, a una zona rural, dos meses antes.

Dr. Wasserman: ¿Era eutrófico?

Dra. I. Máximo: Estaba en el percentilo 25.

Dr. Wasserman: ¿Había tomado leche no pasteurizada?

Dra. M. P. Máximo: Tomaba únicamente leche materna.

Dra. Rivas: Si el niño hubiera ingerido leche no pasteurizada tendríamos que hacer el diagnóstico diferencial con primoinoculación con tuberculosis que da este tipo de lesión.

Dr. López: Creo que debemos pensar en una micosis superficial y en una leishmaniasis que se manifiesta con lesiones ulcerosas, para este último caso es importante saber el estado general del paciente, la procedencia, los viajes y saber que esto es una patología endémica.

Dr. Wasserman: ¿Cabe la posibilidad de que este niño haya sufrido maltrato?

Dra. M. P. Máximo: Es una de las etiologías probables para este tipo de lesión. Quiero mencionar los diagnósticos en los que pensamos: úlcera traumática crónica que podría ser provocada por maltrato, por un cuerpo extraño o por el mismo paciente; úlcera tuberculosa en la primoinoculación, úlcera por leishmaniasis, úlcera por histoplasmosis, chancro sifilítico y pénfigo. En la úlcera traumática crónica, el chancro sifilítico y el pénfigo, los bordes de la lesión son desflecados e irregulares y, por último, una úlcera tuberculosa que también presenta bor-



Figura 11. Úlcera redonda de bordes definidos y elevados; fondo limpio.



Figura 12. Evolución a las 24 horas de eliminar el cuerpo extraño.

des ligeramente vegetantes, irregulares y mal definidos. Solicitamos una radiografía de tórax y una mentonasoplaca, que mostraron imágenes normales. Además solicitamos análisis completo de laboratorio y el informe indicó moderada anisocromía, anisocitosis, con hipocromía y microcitosis. Se pidió VDRL con resultado negativo, campo oscuro para *Treponema pallidum* que también resultó negativo, citología exfoliativa para leishmaniasis, *Histoplasma capsulatum* y gérmenes comunes que fueron también negativas. En la consulta en Dermatología, se observó que el niño tenía el pelo ralo y escaso, pero pensaron que podía ser producto de la anemia hipocrómica que padecía. Se hizo una interconsulta con Neumotisiología donde descartaron úlcera tuberculosa y consideraron como diagnóstico presuntivo pénfigo, a pesar de que no era la edad de presentación.

Dra. Rivas: ¿Se hizo un estudio oftalmológico?

Dra. I. Máximo: No, no lo llegamos a hacer, ya que primero se hizo el diagnóstico definitivo.

Dr. López: ¿Era dolorosa?

Dra. M. P. Máximo: No daba la sensación de que lo fuera, pues el niño lloraba al abrir la bo-

ca y no notábamos diferencia en la intensidad del llanto al palpar la úlcera. Además, no tenía dificultades para alimentarse.

Dr. López: Esto es importante, pues se puede describir el dolor mediante escalas, desde el recién nacido en adelante; todos sabemos que el chancro sifilítico es indoloro y un diagnóstico que hay que tener en cuenta, aunque el niño no estuvo en zona endémica, es la lepra que da lesiones de tipo granulomatoso.

Dra. M. P. Máximo: Le preguntamos a la madre qué pensaba ella que tenía su hijo, y nos respondió que creía que podría ser una fichita de acrílico. Hicimos una interconsulta con el Dr. Cecotti y, al explorar la úlcera, se encontró un cuerpo extraño, redondo, gomoso y de menos de un milímetro de espesor; debajo del cuerpo extraño, se veía una depresión con zonas de erosión y vegetaciones con los bordes hiperplásicos (Figura 12).

¹ Comité de Docencia e Investigación

² Servicio de Dermatología

³ División de Infectología

⁴ Coordinador de Ateneos

⁵ Odontostomatóloga, Facultad de Odontología, UBA

⁶ Servicio de Hemato-Oncología

⁷ Servicio de Dermatología

⁸ Servicio de Hemato-Oncología

⁹ Servicio de Dermatología