

ISSN 2007-3178

Revista Mexicana de

Cirugía Bucal y Maxilofacial



Asociación Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial
Colegio Mexicano de Cirugía Bucal y Maxilofacial, A.C.



Vol. 21 Núm. 2 Mayo/Agosto 2025

Clendix®

Clindamicina

CONFIANZA ANTIBIÓTICA
**QUE SE ADAPTA
A CADA PERFIL**



**Línea de elección en
pacientes alérgicos
a la penicilina³**

Hasta el **100%** de
EFICACIA demostrada
en infecciones dentales²

**Seguridad hepática, renal
y cardíaca^{1,4,5}**

**Ahora con presentación para 5 y 7
días de tratamiento¹**



Caja con 21 cápsulas¹

No. de Registro: 223300202C3051



Caja con 16 cápsulas¹

NUEVA
PRESENTACIÓN

Referencias:

1. Información para prescribir CLENDIX 2. Brook, I., Lewis, M. A., Sándor, G. K., Jeffcoat, M., Samaranyake, L. P., & Vera Rojas, J. (2005). Clindamycin in dentistry: more than just effective prophylaxis for endocarditis?. Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics, 100(5), 550-558. 3. Segura-Egea JJ, Martín-González J, Jiménez-Sánchez MDC, Crespo-Gallardo I, Saúco-Márquez JJ, Velasco-Ortega E. (2017). Worldwide pattern of antibiotic prescription in endodontic infections. Int Dent J. 67(4):197-205 4. Thornhill MH, Dayer MJ, Durkin MJ, Lockhart PB, Baddour LM. (2019). Risk of Adverse Reactions to Oral Antibiotics Prescribed by Dentists. J Dent Res. 98(10):1081-1087-- 5. Luchian, I., Goriuc, A., Martu, M. A., & Covasa, M. (2021). Clindamycin as an Alternative Option in Optimizing Periodontal Therapy. Antibiotics (Basel, Switzerland). 10(7), 814.

Aviso de publicidad No. 223300202X0885





Asociación Mexicana de
Cirugía Bucal y Maxilofacial,
Colegio Mexicano de Cirugía
Bucal y Maxilofacial, A.C.

DIRECTORIO

Mesa Directiva 2023-2025

Presidente

María Iliana Picco Díaz

Vicepresidente

Felipe de Jesús Ibarra González

Secretario

Jerem Yolanda Cruz Aliphat

Segundo Secretario Propietario

Luis Ernesto Escamilla Cidel

Primer Secretario Suplente

Gustavo Durón Araujo

Segundo Secretario Suplente

Fernando Fidel Álvarez González

Tesorero

Fabiola Salgado Chavarría

Subtesorero

María de Lourdes López Haro

Traducción

Cesia Elizabeth González González

Comisión Científica

Verónica Dolores Vidriales García
Águeda Marisol Arellano Flores
Erick Geovanny Reyes Castañeda
César Ojeda Vallecillo

Comisión de Eventos Sociales

Óscar Alejandro Espinoza Ávila
Edgar Alberto Ocampo Ocampo

Vocal Zona Noreste

Armando Cervantes Alanís

Comisión de Residentes

Raúl Mendoza García
Adalberto Sánchez Sánchez
Christian Rodríguez Solares

Relaciones Internacionales

Laura Leticia Pacheco Ruiz
Martín Gilberto Flores Ávila
José Antonio García Piña
Cesia Elizabeth González González

Vocal Zona Noroeste

Víctor Hugo González Angulo

Vocal Zona Occidente

Sonia Elizabeth Huerta Ayala

Comisión de Página Web

Juan Eduardo Ortiz Ramírez
Óscar Abraham Orozco Mendoza

Presidente de la Revista

Juan José Trujillo Fandiño

Vocal Zona Centro

Christian Adolfo San Juan González

Comisión Editorial

Germán Malanche Abdalá
Fabiola Salgado Chavarría
Alejandro Alonso Moctezuma

Vocal Zona Oriente

Zeyda María Oliman Hoyos

Comisión de Congresos

Alejandro Alonso Moctezuma
Jesús Mauricio Ayala Bernal
Luis Manuel Bustos Aguilera
Sergio Esquivel Martín

Comisión Servicio Social

Ebed Yonami Pimentel Madrigal

Vocal Zona Suroeste

Araceli Andrade Velasco

Comisión de Enlace Empresarial

Gabriela Vilar Pineda
Omar Vega Mejía

Comisión Educativa

Luis Alberto Montoya Pérez
Óscar Abraham Orozco Mendoza

Vocal Zona Sureste

Óscar Romeo Hernández Baños

Vocal Ciudad de México

Felipe de Jesús Ibarra González

Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial. Vol. 21, Núm. 2 Mayo-Agosto 2025. Es una publicación cuatrimestral editada y distribuida por la Asociación Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial, Colegio Mexicano de Cirugía Bucal y Maxilofacial, A.C. Hortensia No. 33, Casa 3, Col. Ciudad Jardín, Alcaldía Coyoacán, Ciudad de México, C.P. 04370, Tel. 55 5689-7240, correo electrónico comision.editorial@amcbm.org.mx Editora responsable Dra. Fabiola Salgado Chavarría. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2015-082515340000-102. ISSN 2007-3178 otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Certificado de Licitud de Título y Contenido No. 15283 otorgado por la Secretaría de Gobernación. Diseñada, producida e impresa por Graphimedic, S.A. de C.V., Coquimbo 936, Col. Lindavista, C.P. 07300. Alcaldía Gustavo A. Madero, Ciudad de México. Tels: 55 8589-8527 al 32. Correo electrónico: emyc@medigraphic.com. Este número se terminó de imprimir el 10 de noviembre de 2025 con un tiraje de 2,000 ejemplares. El contenido de los artículos así como las fotografías son responsabilidad exclusiva de los autores. La reproducción parcial o total sólo podrá hacerse con previa autorización de la Asociación a través de su editora. Toda correspondencia debe ser dirigida a la editora responsable al correo electrónico cirugiabucal@medigraphic.com. Suscripción anual \$400.00. Suscripción al extranjero 60 dólares.



www.medigraphic.com/cirugiabucal



Revista Mexicana de

Cirugía Bucal y Maxilofacial

Vol. 21, Núm. 2
Mayo-Agosto 2025

Contenido / Contents

Editorial / Editorial

59 El poder de la palabra en la cirugía maxilofacial

The power of words in maxillofacial surgery

María Iliana Picco Díaz

Artículo de revisión / Review

61 Inflamación pseudogranulomatosa en úlcera de la mucosa labial como signo inicial de sífilis secundaria. Informe clínico y revisión narrativa de la literatura

Seudogranulomatous inflammation in a labial mucosal ulcer as an initial sign of secondary syphilis. Case report and narrative review

Nubia Yadira Prado Bernal, Jessica Maldonado Mendoza,
Ana María Cano Valdez, Andy Gadiel Vargas Ramírez

Casos clínicos / Clinical cases

71 Discopexia en el tratamiento del desplazamiento discal anterior de la articulación temporomandibular: reporte de caso clínico

Discopexy in the treatment of anterior disc displacement of the temporomandibular joint: clinical case report

Grace Miranda Becerril, Jorge Michel Medina Ramírez,
Rafael Alfredo Flores García, Iván André Avilés Hidalgo

77 Absceso retrofaríngeo, parafaríngeo y cervical secundario a absceso periamigdalino: reporte de caso clínico y revisión de la literatura

Retropharyngeal, parapharyngeal, and cervical abscess secondary to peritonsillar abscess: case report and literature review

Jorge Zenteno S, Ricardo Sepúlveda Q, Cristián Matamoros R,
Cristóbal Parra F, Christopher Reyes A

82 Uso de fotogrametría para la ubicación de puntos anatómicos en labio hendido. Presentación de caso clínico

Use of photogrammetry for the location of anatomical points on cleft lip. Presentation of clinical case

Jorge Arnulfo Carrillo Rivera, Javier González Bello, Ángel García Gutiérrez,
Edith Montserrat Aguirre Magaña, Ambar Fuentes Salas, Rogelio Valentín Espinosa Barrón

87 Fibroma irritativo gigante en cavidad oral. Reporte de caso

Giant irritational fibroma in oral cavity. Case report

Dora Luz Rodríguez Padilla, Roxana Dévora Limones, Edgar Reyes Méndez

92 Reconstrucción secundaria de fractura orbitocigomático maxilar consolidada: reporte de caso clínico

Secondary reconstruction of a consolidated orbitozygomaticomaxillary fracture: a clinical case report

Sebastián Cisternas Covarrubias, Juan Pablo Mendoza Tapia, Patricio Hernández Flores

98 Proliferación fibrovascular en paladar duro en un paciente con síndrome de Angelman: ¿cuál es la causa? Video reporte de caso

Chronic fibrovascular proliferation on the hard palate of a patient with Angelman syndrome: what is the cause? Case video report

Rolando José Altamiranda Avendaño, Gerardo Meza-García



www.medigraphic.com/cirugiabucal



El poder de la palabra en la cirugía maxilofacial

The power of words in maxillofacial surgery

María Iliana Picco Díaz*

Las palabras tienen el poder de influir en los pensamientos, comportamientos y emociones de las personas, y transmiten información generando actitudes, sentimientos e interacciones sociales.

Las palabras producen un impacto en nuestra mente, enviando información que puede despertar esperanzas, sentimientos, miedos y deseos que moldean nuestra percepción del mundo.

Las palabras pueden generar actitudes y comportamientos que afectan nuestra interacción con los demás, tanto en sentido positivo como negativo.

La comunicación escrita obliga a mejorar la manera de expresarnos para ser comprendidos, favorece la imaginación, permite la reflexión y el reposo de la información.

Las pinturas rupestres, por ejemplo, son manifestaciones artísticas que comunican hechos de la prehistoria plasmados en las rocas de las cuevas por los primeros seres humanos.

El lenguaje escrito perdura a través del tiempo debido a que su mensaje queda plasmado en papel o en cualquier otro medio digital.



La palabra escrita permite la reflexión y la organización del pensamiento, además de la transmisión del conocimiento académico y científico, estimula la imaginación y tiene impacto social a través de la historia y la literatura. La escritura es un medio para conectar con los otros, comprender el mundo que nos rodea y registrar el conocimiento que, con la ayuda de la tecnología, ha ido evolucionando a través del tiempo.

Así es como la fuerza de las palabras influye en la cirugía maxilofacial. Por un lado, en la comunicación que podemos establecer con el paciente, creando confianza y reduciendo la ansiedad, mejorando la recuperación después de una cirugía. Por otro lado, en cirugía maxilofacial, la palabra escrita sienta sus bases en la comunicación científica para transmitir conocimientos y documentar investigaciones; también influye en la formación de nuevos profesionales como un método de enseñanza eficaz a través de artículos y manuales.

Los artículos científicos permiten a los cirujanos maxilofaciales compartir con la comunidad

* Presidenta de la Asociación Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial, Colegio. Bienio 2023-2025.

Correspondencia:

CMF. María Iliana Picco Díaz

E-mail: amcbm.colegio@gmail.com



médica sus conocimientos, descubrimientos e innovaciones, así como sus metodologías y los resultados de sus estudios científicos, en este caso la cirugía maxilofacial de todo el mundo. Por otro lado, estos conocimientos, plasmados en papel o de manera digital, perduran a través del tiempo, lo cual permite trascender al escritor de estos artículos.

Te invito a publicar en nuestra revista, la cual se encuentra indexada. *Difundamos el conocimiento y trascendamos.*

La palabra es el arma de los seres humanos para aproximarse unos a otros.
Ana María Matute (1926-2014), novelista española.
Miembro de la Real Academia Española.



Revisión

Inflamación pseudogranulomatosa en úlcera de la mucosa labial como signo inicial de sífilis secundaria. Informe clínico y revisión narrativa de la literatura

Seudogranulomatous inflammation in a labial mucosal ulcer as an initial sign of secondary syphilis. Case report and narrative review

Nubia Yadira Prado Bernal,* Jessica Maldonado Mendoza,‡
Ana María Cano Valdez,§ Andy Gadiel Vargas Ramírez¶

RESUMEN

Introducción: la sífilis es una enfermedad infectocontagiosa provocada por el *Treponema pallidum*. En México, su prevalencia va de 1.7 a 13.1%, principalmente entre hombres que tienen sexo con otros hombres. La inflamación pseudogranulomatosa es un hallazgo histopatológico infrecuente de las lesiones bucales asociadas con sífilis secundaria, siendo la úlcera solitaria en labio la lesión inicial más común de infección primaria (91.7%). **Objetivo:** presentar un caso de sífilis secundaria con una úlcera bucal como manifestación inicial de la enfermedad y con características clínicas e histopatológicas infrecuentes, así como realizar una revisión narrativa actualizada de la literatura. **Caso clínico:** paciente masculino de 21 años que consulta por úlcera en mucosa de labio inferior de origen traumático que no cicatrizaba. Se realizó análisis histopatológico con un reporte de intenso infiltrado inflamatorio

ABSTRACT

Introduction: syphilis is an infectious disease caused by *Treponema pallidum*. In Mexico, its prevalence ranges from 1.7 to 13.1%, primarily among men who have sex with other men. Pseudogranulomatous inflammation is an uncommon histopathological finding in oral lesions associated with secondary syphilis, with solitary lip ulcers being the most common initial lesion of primary infection (91.7%). **Objective:** to present a case of secondary syphilis with an oral ulcer as the initial manifestation of the disease and with unusual clinical and histopathological characteristics, as well as to perform an updated narrative review of the literature. **Case report:** a 21-year-old male patient presented with a non-healing ulcer in the mucosa of the lower lip of traumatic origin. Histopathological analysis revealed an intense inflammatory infiltrate consisting of lymphocytes and plasma cells, as well

* Cirujana Oral y Maxilofacial. Profesor investigador del Departamento de Atención a la Salud (DAS), Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-X). Ciudad de México, México.

‡ Maestría en Patología y Medicina Bucal. DAS, UAM-X. Ciudad de México, México.

§ Jefa de Departamento, Instituto Nacional de Cancerología. Ciudad de México, México.

¶ Pasante de Estomatología. DAS, UAM-X. Ciudad de México, México.

Correspondencia:

Nubia Yadira Prado Bernal

E-mail: nprado@correo.xoc.uam.mx

Citar como: Prado BNY, Maldonado MJ, Cano VAM, Vargas RAG. Inflamación pseudogranulomatosa en úlcera de la mucosa labial como signo inicial de sífilis secundaria. Informe clínico y revisión narrativa de la literatura. Rev Mex Cir Bucal Maxilofac. 2025; 21 (2): 61-70. <https://dx.doi.org/10.35366/121757>



constituido por linfocitos y células plasmáticas, así como agregados de histiocitos que formaban pseudogranulomas y vasos sanguíneos con endarteritis. Este fue el primer signo de diagnóstico de sífilis secundaria, el cual se confirmó con prueba VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*, por sus siglas en inglés) y reacciones de inmunohistoquímica para *T. pallidum*, mostrando ambas un resultado positivo, prueba VIH negativa. Tratado con penicilina G benzatínica y sin persistencia de la lesión.

Conclusiones: la correlación de los hallazgos clínicos, histopatológicos, inmunohistoquímicos y serológicos, junto con una anamnesis meticulosa, condujo al diagnóstico de sífilis. Los profesionales de la salud bucal deben considerar la presencia de infecciones de transmisión sexual dentro del espectro de lesiones bucales para realizar una identificación temprana y brindar un tratamiento pertinente que asegure la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: sífilis secundaria, mucosa bucal, *Treponema pallidum*, úlcera indolora, úlcera labial.

as histiocyte aggregates forming pseudogranulomas and blood vessels with endarteritis. This was the first diagnostic sign of secondary syphilis. It was confirmed with the VDRL test and immunohistochemical tests for *T. pallidum*, both of which showed a positive result, while the HIV test was negative. The patient was treated with benzathine penicillin G and the lesion did not persist.

Conclusions: the correlation of clinical, histopathological, immunohistochemical, and serological findings, along with a thorough history, led to a diagnosis of syphilis. Oral health professionals should consider the presence of sexually transmitted infections within the spectrum of oral lesions to facilitate early identification and provide appropriate treatment that ensures patient quality of life.

Keywords: secondary syphilis, oral mucosa, *Treponema pallidum*, painless ulcer, mouth ulcer.

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad bacteriana infectocontagiosa causada por el *Treponema pallidum* subespecie *pallidum*, de transmisión sexual y ampliamente distribuida en el mundo.¹ En México, su prevalencia ha aumentado en los últimos años, haciendo más alta la reinfección que la primoinfección.² A pesar de que las manifestaciones bucales son poco comunes —sólo representan entre el 12 y 14% de las presentaciones extragenitales—,³ en los últimos años la propagación de sífilis bucal adquirida ha ido en aumento en pacientes jóvenes.⁴ La inflamación pseudogranulomatosa es un hallazgo histopatológico infrecuente de las lesiones bucales asociadas con sífilis secundaria.

En el presente caso, se reporta un paciente que acudió a consulta por presentar una úlcera traumática que no cicatrizaba y que, tras un segundo interrogatorio minucioso, se obtuvo la información necesaria que orientó a llevar a cabo pruebas diagnósticas definitivas.

Es de suma importancia informar a los especialistas en salud bucal sobre la presencia de infecciones de transmisión sexual dentro del espectro de lesiones en cavidad bucal, dado el incremento de su prevalencia debido a prácticas de alto riesgo. También es imperativo recordar que la sífilis, conocida como «la gran imitadora», muestra síntomas variables y que asemejan a otras enfermedades, haciendo de su diagnóstico un reto importante y con riesgo de retrasar su tratamiento adecuado.

Comportamiento epidemiológico y factores de transmisión

La sífilis es una enfermedad bacteriana infectocontagiosa de transmisión sexual causada por el *Treponema pallidum*. La Organización Panamericana de la Salud reveló que los nuevos casos de sífilis en América Latina han aumentado a 8 millones en los últimos dos años, representando la mayor incidencia a nivel mundial con un aumento alarmante del 42%.¹ Asimismo, su prevalencia es mayor en áreas metropolitanas de países de medio y bajo ingreso económico como Brasil y Argentina.^{2,3} En México, la prevalencia de sífilis activa va de 1.7 a 13.1% y las reinfecciones de 11.1 a 24.4%, teniendo mayor incidencia en hombres jóvenes entre 20 y 39 años.²

Otros grupos vulnerables son las trabajadoras sexuales, los usuarios de drogas intravenosas, las personas involucradas en prácticas sexuales de riesgo (sexo ocasional anónimo, múltiples encuentros sexuales sin protección, sexodopaje),^{3,5} así como aquellas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o que practican sexo seroconcordante o *serosorting* (sexo en función del estado serológico de VIH como estrategia de selección de pareja).⁵ También representan grupos vulnerables los hombres que tienen sexo con otros hombres, en donde se reporta un incremento de proporciones epidémicas con 1,412% de nuevos casos.⁴

Etapas y manifestaciones clínicas

La principal forma de transmisión de la sífilis es por vía de contacto o de forma adquirida.

Existen tres etapas o estadios según la aparición de los síntomas de la enfermedad y su progresión, siendo este el método más sencillo para su clasificación y diagnóstico.

La **sífilis primaria** se manifiesta tres semanas después de la inoculación con lesiones en el sitio de la infección, generalmente como una úlcera circular indolora llamada chancro, localizada en el área genital;^{4,5} sin embargo, por prácticas orogenitales, la cavidad bucal puede ser un sitio de primoinfección y, si la infección no es tratada, ésta puede diseminarse a diferentes órganos, evolucionando a **sífilis secundaria**.

En la etapa secundaria los síntomas incluyen fiebre baja, linfadenopatías, mialgias, artralgias, astenia y adinamia, además de erupciones cutáneas generalizadas, principalmente en palmas de pies y manos, llamadas «roséola sifilítica».⁶ Paralelamente pueden observarse lesiones maculopapulares eritematosas en la mucosa bucal, parches mucosos, úlceras elevadas y placas mucosas muy queratinizadas, las cuales pueden no cicatrizar o ser recurrentes, llegando a confundirse con otras entidades; de ahí que se conozca a la sífilis como «la gran imitadora».^{4,6} Durante este periodo, la sífilis primaria y secundaria pueden presentar características que se traslapan.⁷

Aunque las lesiones reviertan y el paciente se muestre asintomático, la infección puede entrar en un **periodo de latencia** y su diagnóstico sólo podría ser serológico. Este periodo se subdivide en **latencia temprana**, cuando la infección se adquirió en el último año, y **latencia tardía**, si la infección ha estado presente por más tiempo, es decir, por años o décadas, hasta evolucionar a una **sífilis terciaria**. Esta última se caracteriza por complicaciones neurológicas y cardiovasculares que pueden ser letales entre un 8 a 14% de los casos.⁶ Las lesiones terciarias en mucosa bucal son lesiones granulomatosas, necróticas y asintomáticas conocidas como «gomas»,^{6,8} las cuales presentan alto riesgo de transformarse en carcinoma escamocelular.⁹

Por otro lado, la forma de transmisión congénita o vertical es aquella que se da de la madre al feto, durante el parto o en el embarazo, ya que el *Treponema pallidum* cruza la barrera placentaria; la mitad de las madres no tratadas pueden transmitirlo a su hijo. En América Latina se estima una tasa de 1.7 casos de sífilis por cada 1,000 nacimientos; en México, se

reportó un aumento de 62 casos, en el 2010, a 372 casos, en 2019.²

Diagnósticos diferenciales («la gran imitadora»)

Como es «la gran imitadora», debe ponerse especial cuidado en los diagnósticos diferenciales. La sífilis primaria puede llegar a confundirse con úlceras infecciosas (bacterianas, virales o fúngicas), como tuberculosis, infección por virus del herpes simple tipo I o II, o linfogranuloma venéreo por *Chlamydia trachomatis*;^{4,9,10} úlceras no infecciosas, como traumatismos; neoplasias malignas (carcinoma escamocelular o linfoma); o enfermedades autoinmunes, como eritema multiforme, dermatosis ampollar o enfermedad linear por IgA.^{6,8,11} Mientras que, para la sífilis secundaria, podrían sugerirse numerosos diagnósticos diferenciales a partir de erupciones cutáneas y úlceras crónicas o recurrentes asociadas con enfermedades autoinmunes, como el liquen plano, la enfermedad de Crohn,¹¹ enfermedades granulomatosas crónicas como sarcoidosis,¹² infección por *Borrelia burgdorferi*, lepra, leishmaniasis, condilomas planos y enfermedades inducidas por medicamentos.^{13,14} Finalmente, en la sífilis terciaria, se pueden considerar lesiones asociadas a lupus, granulomatosis de Wegener y tumores malignos como el linfoma y el carcinoma escamocelular.^{9,11,12}

Histopatología

Las características histopatológicas ayudan a diagnosticar y determinar el estadio de la infección. En la lesión primaria, éstas son inespecíficas, indicando cambios epiteliales e infiltrado inflamatorio, con células plasmáticas principalmente, y otras células inflamatorias, como linfocitos e histiocitos.^{3,5} Por otro lado, las lesiones secundarias se caracterizan por acantosis, hiperqueratosis, microabscesos, exocitosis linfocítica y endarteritis.⁸

Se ha reportado que algunas características histopatológicas pueden estar relacionadas con las clínicas, como la acantosis, que está presente en lesiones con un aspecto clínico de parches mucosos y úlceras; por otro lado, la hiperplasia psoriasiforme ha sido un hallazgo relevante en máculas/placas eritematosas y papulares/nódulos linguales.⁸

En algunas ocasiones, las características histopatológicas pueden ser difíciles de interpretar. La inflamación granulomatosa es un hallazgo inusual en la sífilis secundaria o terciaria.^{14,15} Se han descrito

diferentes patrones granulomatosos en la sífilis, incluyendo inflamación granulomatosa mal definida, configuración de «tipo sarcoidal» y en empalizadas, inflamación granulomatosa intersticial y granuloma tuberculoide.^{16,17} Aunque en ocasiones simulan la arquitectura granulomatosa, carecen de las características definitorias del granuloma clásico, por lo que son llamadas «seudogranulomas». Para corroborar que dichos pseudogranulomas están relacionados con el *T. pallidum*, es útil realizar una tinción inmunohistoquímica, la cual será positiva en las espiroquetas localizadas en epitelio y/o en lámina propia superficial.^{3,14}

Pruebas de laboratorio para su diagnóstico

Las pruebas necesarias para el diagnóstico varían según el estadio de la infección, ya que los anticuerpos pueden ser indetectables en las primeras cuatro semanas posteriores a la inoculación. En este caso, la prueba de detección directa de campo oscuro permite la observación directa del microorganismo a través de microscopia por fluorescencia.¹⁸

Las pruebas serológicas para sífilis pueden ser **no treponémicas y treponémicas**. Las primeras son pruebas cuantitativas y determinan anticuerpos como la reagina, la cual reacciona a los antígenos lipoidales del *T. pallidum*. Entre las pruebas no treponémicas se incluyen la USR (*unheated serum regain*), el VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) y el RPR (*Rapid Plasma Reagin*), e indican la presencia de una infección activa dentro de las primeras seis semanas después de la inoculación.^{18,19} Estas pruebas ayudan a detectar sífilis activa, a determinar la etapa de evolución de la enfermedad, a monitorizar respuesta al tratamiento y/o a descartar neurosífilis o sífilis congénita.^{19,20}

Las pruebas **treponémicas** son cualitativas y permiten detectar anticuerpos IgG que el organismo generó contra la bacteria. Estas pruebas son más sensibles y específicas que las anteriores, sobre todo ante sífilis latente y terciaria. También son confirmatorias ante un resultado positivo de las pruebas no treponémicas, además de permitir el tamizaje de sífilis en bancos de sangre ya que son automatizadas, comparando simultáneamente múltiples muestras. Las pruebas treponémicas más comunes son el FTA-Abs (*Fluorescent Treponemal Antibody Absorption*), TPPA (*T. pallidum particle agglutination*) y el TPHA (*T. pallidum haemagglutination assay*).^{17,19-21}

En los casos con resultados no concluyentes, es útil determinar la amplificación del gen *poA* mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR); se ha

informado que esta prueba tiene una sensibilidad del 95.8% y una especificidad del 95.7%.^{22,23}

Tratamiento

Por mucho tiempo, las penicilinas naturales parenterales (benzatínica, procaínica y cristalina) han sido el tratamiento de elección para todas las etapas de sífilis. La más común es la penicilina benzatínica G de 1.2 a 2.4 millones de unidades, tanto en dosis única como en dosis semanal, durante una a cuatro semanas, en respuesta a la evolución y desaparición de lesiones y sintomatología.^{3,4} La penicilina procaínica es preferente en casos de sífilis terciaria, mientras que la amoxicilina vía oral es adecuada para tratar sífilis primaria en pacientes embarazadas.^{4,5,19}

Otras opciones terapéuticas para individuos sensibles a la penicilina incluyen las tetraciclinas (doxiciclina) y los macrólidos (eritromicina y azitromicina), aunque no hay suficientes datos disponibles que evidencien su efectividad. Recientemente, se ha comprobado la efectividad terapéutica de la ceftriaxona como alternativa de tratamiento. Entre sus ventajas están evitar problemas de alergia, baja tolerancia o falta de apego al medicamento.^{4,22}

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 21 años que asistió a la clínica dental San Lorenzo de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-X) con presencia de úlcera indolora en la mucosa del labio inferior del lado derecho. La lesión presentaba cuatro semanas de evolución, además de referir múltiples traumatismos en el sitio. Se interrogó sobre los antecedentes personales patológicos y heredofamiliares, pero se consideraron irrelevantes para el motivo de consulta. Como antecedentes no patológicos, el paciente manifestó ingerir alcohol desde los 15 años (33 unidades de vodka una vez a la semana), negando el consumo de tabaco u otras toxicomanías.

El examen extrabucal no arrojó datos relevantes. Al examen intrabucal se observó una úlcera de forma ovoidal, de bordes blanquecinos, discretamente elevada y con tamaño de 7 mm en mucosa labial inferior del lado derecho. Se realizó un diagnóstico presuntivo de úlcera traumática eosinofílica, por lo que se decidió llevar a cabo una biopsia escisional para estudio histopatológico.

Macroscópicamente se observó una úlcera bien definida, discretamente elevada e indurada, de 15 × 10 × 8 mm, con un componente sólido blanco-

amarillento en su interior (Figura 1A y B). En los cortes histológicos se observó epitelio escamoso hiperparaqueratinizado con áreas cubiertas con membrana de fibrina, apoyado en tejido conectivo con intenso infiltrado inflamatorio de tipo crónico, constituido predominantemente por linfocitos y células plasmáticas (Figura 1C y D). Focalmente se observaron agregados de histiocitos activados con una morfología similar a células epiteliales, formando pseudogranulomas y vasos sanguíneos con endarteritis (Figura 2A y B).

Ante estos hallazgos, se inició el abordaje diagnóstico del caso como un proceso inflamatorio granulomatoso atípico, por lo que se realizaron tinciones especiales para microorganismos. Las tinciones de ácido peryódico de Schiff, Grocott, Ziehl-Neelsen y Gram fueron negativas. Se realizó hibridación *in situ* (EBER-ISH) e inmunohistoquímica (CD-30, CD-20, CD-68) para investigar un posible trastorno linfoproliferativo y una úlcera mucocutánea asociada con el virus de Epstein-Barr, descartando ambos.

Ante estos hallazgos, se interrogó nuevamente al paciente, en donde informó mantener sexo con otros hombres y haber estado expuesto a prácticas de riesgo sin protección (felación), además de referir otros signos y síntomas como astenia, adinamia, artralgias y erupción cutánea en espalda, brazos y área genital algunas semanas antes del inicio de la lesión bucal. Se realizó la prueba VDRL y se solicitaron reacciones de inmunohistoquímica para *T. pallidum*, evidenciando ambas un resultado positivo (Figura 2C y 2D). La prueba de VIH realizada fue negativa, por lo que se estableció el diagnóstico de lesión asociada a sífilis secundaria.

Con base en los resultados serológicos y de inmunohistoquímica, el paciente recibió tratamiento con 2.4 millones de unidades de penicilina G benzatínica por vía intramuscular. Un mes después, las pruebas de VDRL y VIH fueron negativas. No se observó persistencia de la lesión en el sitio de inicio.

DISCUSIÓN

Las lesiones bucales asociadas a sífilis secundaria, así como las úlceras indoloras en mucosa bucal de personas inmunocompetentes, son infrecuentes, por lo que representan un reto diagnóstico para el especialista en salud bucal. Nuestro caso representa un recordatorio de la presencia de infecciones de transmisión sexual como la sífilis, enfatizando la mucosa bucal como probable sitio de manifestación inicial de la infección.

El repunte de sífilis en América Latina ha sido exponencial, en particular asociado a la coinfección de VIH/SIDA.^{4,8} Andrade y colaboradores presentaron una serie con 339 casos de sífilis bucal adquirida, y concluyeron que la mayoría de los pacientes eran hombres adultos jóvenes con manifestaciones bucales de sífilis en etapa secundaria al momento del diagnóstico, similar al caso que presentamos.⁴ De igual forma, la literatura revisada coinciden en los factores de riesgo que hacen a esta población vulnerable, como son las relaciones sexuales de alto riesgo, el tener múltiples parejas, el abuso de drogas, el ser trabajador sexual y la coinfección de VIH.^{3,4} Específicamente, la sífilis bucal ha exhibido un aumento en la última década debido a prácticas orogenitales de riesgo, como se reportó en este caso. Es de interés destacar que, por la alta prevalencia de sífilis bucal en algunas poblaciones (67%), existe un mayor riesgo de infectarse por vía oral por *T. pallidum* que por VIH.⁵

Clínicamente, la úlcera solitaria es la presentación más frecuente de sífilis primaria (91.7%). Se localiza preferentemente en labio superior, lengua, paladar y mucosa bucal.⁵ La región anatómica más afectada en los pacientes con localización única es la lengua (37.5%), seguida de los labios (29.5%), el paladar (19.3%) y la mucosa bucal (6.8%).⁵ En ocasiones, las características primarias y secundarias pueden traslaparse tanto en pacientes VIH-positivos como en aquellos que no lo son.⁸

Como reportan Ramírez-Amador y colaboradores, en la sífilis secundaria las lesiones en boca presentan un patrón heterogéneo, el cual incluye parches mucosos o úlceras superficiales, tanto en pacientes VIH positivos como negativos.⁷ Esto coincide con el caso presentado, al tratarse de un individuo sin infección por VIH y con sífilis secundaria.

Es relevante mencionar que pruebas serológicas de referencia como el VDRL y el FTA-ABS, o auxiliares de diagnóstico como la tinción de plata e inmunohistoquímica, son necesarias para un diagnóstico adecuado, sobre todo ante hallazgos histopatológicos inespecíficos y que simulan otras afecciones, o bien ante la posibilidad de traslape de los estadios de la infección.^{4,7} Esto debido a que no se ha establecido ninguna prueba que tenga la sensibilidad y especificidad suficientes para reconocer todas las etapas de la enfermedad, principalmente en pacientes coinfectados con VIH.⁸ Sin embargo, cabe mencionar que, en el presente caso, los resultados del VDRL orientaron el diagnóstico a sífilis.

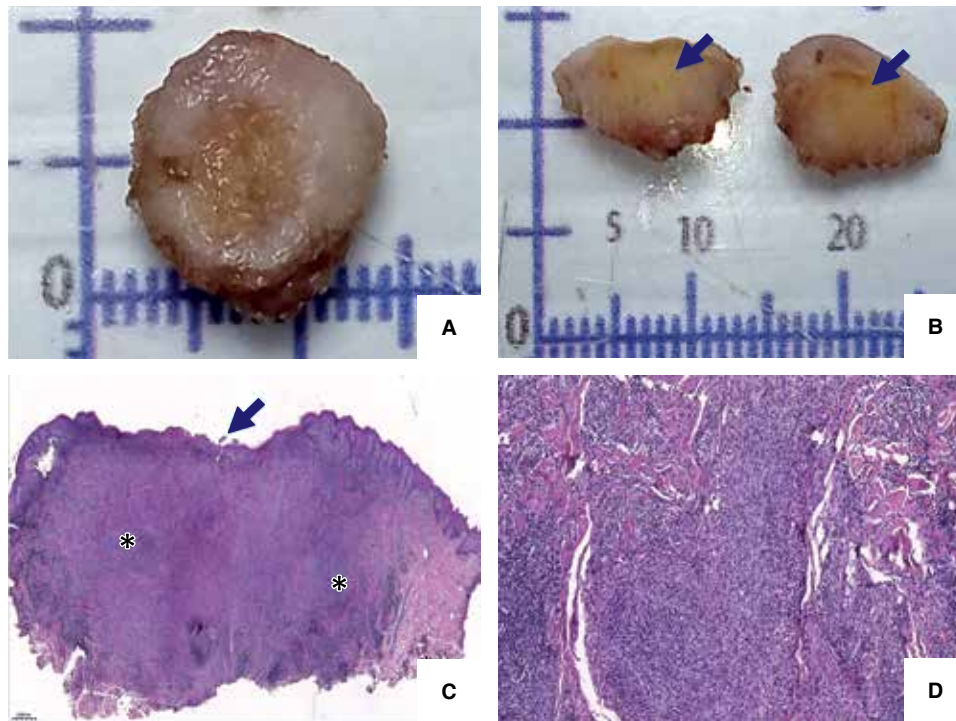


Figura 1: Hallazgos macroscópicos y microscópicos de la lesión. **A)** Espécimen de tejido blando con lesión ulcerativa en el centro. **B)** Espécimen de tejido blando con áreas centrales blanco-amarillentas. **C)** Epitelio de mucosa hiperparaqueratinizado con áreas cubiertas por una membrana de fibrina (flecha negra), apoyado por tejido fibroconectivo densamente infiltrado por células inflamatorias. Se observa formación de pseudogranulomas constituidos por linfocitos, células plasmáticas e histiocitos epitelioides (asteriscos) (Hematoxilina y Eosina, 2×). **D)** Acercamiento a infiltrado nodular linfohistiocitario, separado por septos delgados de tejido fibroconectivo maduro con haces de músculo estriado (Hematoxilina y Eosina, 10×).

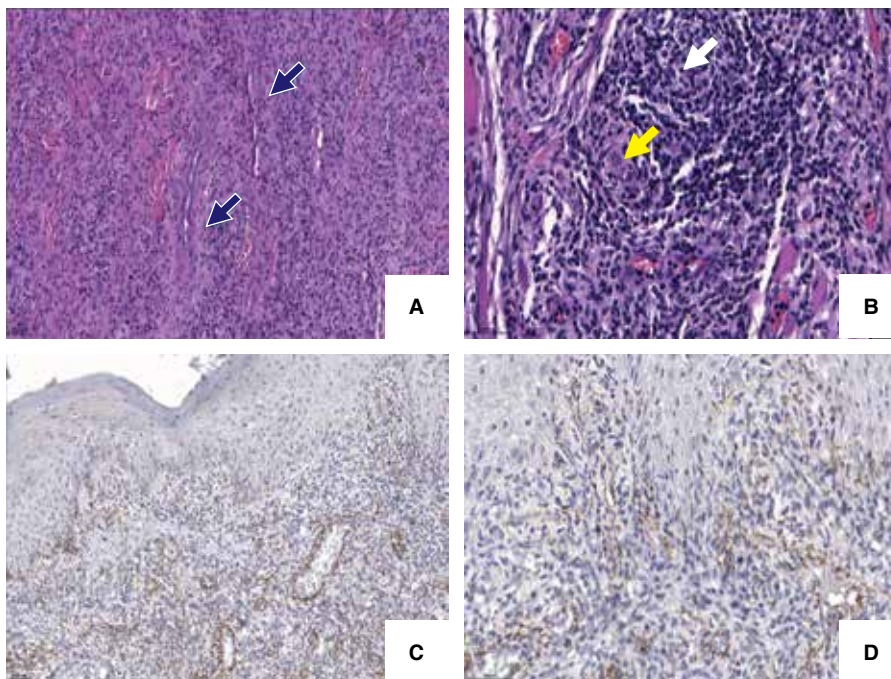


Figura 2:

Hallazgos microscópicos e inmunohistoquímicos de la lesión. **A)** Reacción inflamatoria que comprende linfocitos y células plasmáticas. Se observan vasos con obliteración de la luz y endarteritis (flechas negras). **B)** Acercamiento a los pseudogranulomas formados por histiocitos epitelioides, linfocitos y células plasmáticas (flechas amarillas) (Hematoxilina y Eosina, 40×). **C)** Vista panorámica del inmunomarcador para *T. pallidum* mostrando positividad en las bacterias presentes en epitelio, lámina propia superficial y endotelio (Diaminobencidina, 4×). **D)** Inmunoeexpresión de *T. pallidum*. Se observa la reacción positiva de las bacterias presentes en el estrato basal del epitelio de mucosa (Diaminobencidina, 40×).

Tabla 1: Detalles clínicos, serológicos e inmunohistoquímicos de casos de histopatología de inflamación pseudogranulomatosa en sífilis de la mucosa oral.

Autor, año	Casos (edad [años]/sexo)	Lesiones cutáneas	Lesiones en la mucosa oral	Histopatología	Pruebas de laboratorio
Caso actual	21/M	Máculas rojas en el tronco y la zona genital	Úlcera indolora en la mucosa oral inferior del labio	Epitelio hiperparaqueratinizado entrelazado con áreas con membrana de fibrina sostenida por una lámina propia severamente infiltrada por células linfoplasmáticas, pseudogranulomas focales formados por histiocitos y vasos sanguíneos con endarteritis	VDRL (1:15) IHC (+)
Ambrogio y su grupo, 2023	77/M	Máculas, pápulas, nódulos y placas en la cabeza, el cuello, el tronco, las palmas, las plantas y las extremidades	Placas opalinas en la lengua	Infiltrado linfohistiocítico perivascular y perianexial; granulomas con granulomas epitelioides no empalizados y abundantes células plasmáticas	VDRL (1:32) TPHA (1:640) IHC (+)
Rysgaard y su grupo, 2014	62/M	Pápulas y nódulos no pruriginosos de color marrón rojizo, con focos anaranjados, en el tronco y las extremidades superiores	Pápulas y nódulos de color rojo anaranjado	Linfohistiocítico perivascular y perianexial; granulomas epitelioides no empalizados con numerosas células plasmáticas y células gigantes multinucleadas con elastofagocitosis	VDRL (1:256) FTA-abs (1:400) IHC (+)
Barrett y su grupo, 2004	59/F	Lesión nodular granulomatosa	Inflamación indolora de tejidos blandos y eritema del paladar blando derecho	Epitelio hiperplásico con submucosa con un denso infiltrado difuso de células inflamatorias crónicas compuesto por histiocitos, linfocitos, células plasmáticas, eosinófilos, neutrófilos, células gigantes de tipo Langhans, granulomas dispersos y focos de necrosis. Vasos sanguíneos con endarteritis	WS (+)
	60/F	Ninguna	Eritema y úlcera del paladar blando	Lámina propia extensamente infiltrada por histiocitos que forman granulomas con células gigantes de tipo Langhans dispersas. Linfocitos con distribución perivascular, células plasmáticas, neutrófilos y endarteritis	VDRL (-) FTA-abs (+) TPHA (+) IHC (-)
	61/M	Ninguna	Úlcera dolorosa del labio superior	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado hiperplásico con esfácelo fibrinopurulento denso. Microabscesos superficiales. Lámina propia densamente infiltrada por células inflamatorias crónicas. Células linfoplasmáticas perivasculares, histiocitos, granulomas de células de tipo Langhans y endarteritis	RPR (1:256) TPHA (+) FTA-Abs (+) WS (+) IHC (+)
	31/M	Ninguna	Encía inflamada en palatino de los incisivos centrales	Epitelio escamoso estratificado hiperplásico y paraqueratinizado con esfácelo fibrinopurulento. Lámina propia con infiltrados perivasculares focales compuestos por linfocitos y células plasmáticas. Endarteritis y eosinófilos dispersos	RPR (1:16) TPHA (-) FTA-Abs (+) WS (+) IHC (+)
	56/M	Erupción nasolabial y descamación de las plantas de los pies	Áreas bilaterales, surcadas e induradas en la superficie ventral de la lengua	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado con hiperplasia psoriasiforme en los bordes, con una zona deprimida centralmente cubierta por un epitelio hiperplásico más delgado. Lámina propia con células inflamatorias crónicas y distribución perivascular. Endarteritis e histiocitos	RPR (1:32) TPHA (+) FTA-Abs (+) CD68 (+) WS (+/-) IHC (+)

F = femenino. FTA-Abs = Fluorescent Treponemal Antibody Absorption test (Absorción del anticuerpo treponémico fluorescente). IHC = inmunohistoquímica. M = masculino. RPR = Rapid Plasma Reagin (Reagína plasmática rápida). TPHA = Treponema Pallidum Haemagglutination Assay (Ensayo de hemaglutinación de treponema pallidum). VDRL = Venereal Disease Research Laboratory (Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas). WS = Warthin-Starry.

Con relación al análisis histopatológico, la inflamación pseudogranulomatosa observada es una característica infrecuente en lesiones secundarias, por lo que fue un desafío diagnóstico importante, ya que los casos de sífilis secundaria y terciaria muestran comúnmente inflamación crónica con abundantes células plasmáticas.²⁴ Como se evidenció en nuestro paciente y se reporta en la literatura, la mayoría de los casos reportados de sífilis secundaria granulomatosa describen agregados nodulares de histiocitos epitelioides en la lámina propia acompañados de células plasmáticas,^{14,25} principalmente en lesiones de sífilis secundaria o terciaria de larga duración y no tratadas.²⁴ En el caso reportado la inflamación presentaba cuatro semanas de evolución, coincidiendo con algunos casos reportados previamente, con presencia en la piel.^{26,27}

Se han propuesto varias hipótesis para explicar el desarrollo de una respuesta granulomatosa o pseudogranulomatosa en la sífilis secundaria, como la correlación con la duración de la enfermedad y/o la implicación de una reacción de hipersensibilidad a *T. pallidum*.²⁸ Se han caracterizado diferentes patrones pseudogranulomatosos como: poco definidos, tipo-sarcoidal, en empalizada, intersticiales o tuberculoides.^{16,17} La presentación clínica más común es en forma de lesiones cutáneas de tipo pápulas y nódulos;^{14,24} sin embargo, se han descrito casos en mucosa bucal con otros aspectos clínicos (Tabla 1).^{16,29}

La detección directa de *T. pallidum* en secciones de tejido es útil para confirmar el diagnóstico, al menos en casos de presentación atípica y resultados serológicos no concluyentes, ya que las espiroquetas se pueden encontrar en lesiones durante la etapa primaria y secundaria temprana.³⁰ El análisis inmunohistoquímico con anticuerpos primarios contra la espiroqueta es más sensible que la tinción de plata (Warthin-Starry) y la microscopia de campo oscuro,³¹ reportando una precisión del 79%.³² En consecuencia, se deberá llevar a cabo una búsqueda rigurosa de la histomorfología típica, ya que pueden obtenerse resultados falsos positivos con bacilos alcohol ácido-resistentes y otras espiroquetas como *Mycobacterium marinum* y *Brachyspira*.¹⁴

El diagnóstico de sífilis bucal puede ser extremadamente difícil por la alta variabilidad en la presentación clínica. Debido a esto, todas las lesiones inflamatorias inespecíficas (enantemas) deben ser cuidadosamente valoradas y relacionadas con la historia clínica para determinar su origen reactivo,

infeccioso, neoplásico o sistémico.¹⁰ De esta manera se facilitaría el diagnóstico temprano acertado y el tratamiento adecuado, como en la serie de casos presentada por Maloney y colaboradores, cuyos signos y síntomas descritos pueden confundirse con diversas patologías, corroborando que la sífilis es «la gran imitadora».¹²

De acuerdo con las guías de manejo, se sabe que el tratamiento debe ser una dosis superior a 0.018 mg/L de penicilina G benzatínica, ya que es eficaz para eliminar al *T. pallidum*,³ tal como sucedió con el presente caso. Si bien el metaanálisis de Liu y colaboradores refiere que encontraron una mejor tasa de respuesta serológica con la ceftriaxona, la cual se recomienda para pacientes alérgicos y mujeres embarazadas,³³ en nuestro paciente se obtuvo una buena respuesta con la indicación convencional.

Finalmente, el presente caso reporta una úlcera indolora en mucosa con presencia histopatológica de pseudogranulomas (no con el patrón del granuloma clásico), representando un reto diagnóstico por ser rasgos infrecuentes. Lo anterior muestra la relevancia de llevar a cabo una anamnesis meticulosa junto con el análisis de resultados inmunohistoquímicos y serológicos para el diagnóstico de sífilis secundaria en un paciente no infectado con VIH. Las úlceras indoloras en mucosa bucal de pacientes inmunocompetentes son un recordatorio para que los profesionales de la salud bucal consideren la presencia de infecciones de transmisión sexual como la sífilis, dentro del espectro de lesiones presentes en la boca y como posible sitio inicial de aparición.

CONCLUSIONES

El presente caso muestra un paciente con diagnóstico de sífilis secundaria que se presentó clínicamente como una úlcera en la mucosa labial del lado derecho e histopatológicamente como una lesión con inflamación con un patrón pseudogranulomatoso. El diagnóstico, tanto clínico como histopatológico, representó un desafío, debido a su presentación atípica. La sífilis es una enfermedad emergente que requiere que el especialista realice una historia clínica rigurosa y una adecuada interpretación de pruebas serológicas, histopatológicas, inmunohistoquímicas y moleculares. Las infecciones de transmisión sexual como la sífilis deben formar parte de los diagnósticos clínicos diferenciales a tener en cuenta en casos de úlceras únicas e indoloras presentes en la mucosa bucal.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Programa y Laboratorio de Patología y Medicina Bucal de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco por las instalaciones que proporcionaron las imágenes histopatológicas, especialmente a la Dra. Itzia Torres Torres.

REFERENCIAS

- World Health Organization. Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030 [internet]. Geneva: WHO; 2022. Available in: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053779>
- Tumalán-Gil OD, Ruiz-González V, García-Cisneros S, González-Rodríguez A, Herrera-Ortiz A, Olamendi-Portugal M et al. High incidence, reinfections, and active syphilis in populations attending a specialized HIV clinic in Mexico, a dynamic cohort study. *Arch Sex Behav*. 2023; 52 (2): 783-791. doi: 10.1007/s10508-022-02433-1.
- Apoita Sanz M, González Navarro B, Jané-Salas E, Marí Roig A, Estrugo Devesa A, López-López J. Sífilis: manifestaciones orales, revisión sistemática. *Av Odontoestomatol*. 2020; 36 (3): 159-173. doi: 10.4321/s0213-12852020000300005.
- de Andrade BAB, de Arruda JAA, Gilligan G, Piemonte E, Panico R, Molina Ávila I et al. Acquired oral syphilis: A multicenter study of 339 patients from South America. *Oral Dis*. 2022; 28 (6): 1561-1572. doi: 10.1111/odi.13963.
- Zhou X, Wu MZ, Jiang TT, Chen XS. Oral manifestations of early syphilis in adults: a systematic review of case reports and series. *Sex Transm Dis*. 2021; 48 (12): e209-e214. doi: 10.1097/OLQ.0000000000001538.
- Mauceri R, Coppini M, Cascio A, Trizzino M, Crivello V, Florena AM et al. Oral secondary syphilis in an HIV-positive transgender patient: a case report and review of the literature. *Dent J (Basel)*. 2023; 11 (10): 231. doi: 10.3390/dj11100231.
- Ramírez-Amador V, Anaya-Saavedra G, Calva-Mercado JJ. The challenging diagnosis of overlapping oral primary/secondary syphilis with nonreactive serology. *J Cutan Pathol*. 2020; 47 (11): 1058-1062. doi: 10.1111/cup.13811.
- Ramírez-Amador V, Castillejos-García I, Maldonado-Mendoza J, Saeb-Lima M, Aguilar-León D, Anaya-Saavedra G. Exposing the great imitator: proposal for a holistic diagnosis of oral secondary syphilis in people living with HIV. *Head Neck Pathol*. 2022; 16 (3): 773-784. doi: 10.1007/s12105-022-01446-5.
- Huang S, Lu R, Yang JY, Zhou G. A nonspecific ulcer on upper lip presented as the first and sole sign of syphilis. *J Infect Chemother*. 2020; 26 (12): 1309-1312. doi: 10.1016/j.jiac.2020.07.010.
- Deng F, Thompson LDR, Lai J. Unexpected reason for non-healing oral ulcers: syphilis. *Head Neck Pathol*. 2022; 16 (2): 544-549. doi: 10.1007/s12105-021-01348-y.
- Drago F, Ciccarese G, Merlo G, Trave I, Javor S, Rebora A et al. Oral and cutaneous manifestations of viral and bacterial infections: not only COVID-19 disease. *Clin Dermatol*. 2021; 39 (3): 384-404. doi: 10.1016/j.clindermatol.2021.01.021.
- Maloney B, Healy C. Oral syphilis - the great imitator: a series of six cases. *Br Dent J*. 2024; 237: 543-549. doi: 10.1038/s41415-024-7891-9.
- Keah NM, Smetak MR, Lewis JS Jr, Topf MC. Secondary syphilis presenting as recurrent oral mucocutaneous lesions. *Ear Nose Throat J*. 2024; 103 (10): 614-616. doi: 10.1177/01455613221078179.
- Ambrogio F, Cazzato G, Foti C, Grandolfo M, Mennuni GB, Vena GA et al. Granulomatous secondary syphilis: a case report with a brief overview of the diagnostic role of immunohistochemistry. *Pathogens*. 2023; 12 (8): 1054. doi: 10.3390/pathogens12081054.
- George B, Naik R, Ghodse R. The renaissance of secondary syphilis: a case series. *Clin Dermatol Rev*. 2024; 8 (3): 243-246. doi: 10.4103/cdr.cdr_111_23.
- Rysgaard C, Alexander E, Swick BL. Nodular secondary syphilis with associated granulomatous inflammation: case report and literature review. *J Cutan Pathol*. 2014; 41 (4): 370-379. doi: 10.1111/cup.12293.
- Sezer E, Luzar B, Calonje E. Secondary syphilis with an interstitial granuloma annulare-like histopathologic pattern. *J Cutan Pathol*. 2011; 38 (5): 439-442. doi: 10.1111/j.1600-0560.2010.01657.x.
- Papp JR, Park IU, Fakile Y, Pereira L, Pillay A, Bolan GA. CDC laboratory recommendations for syphilis testing, United States, 2024. *MMWR Recomm Rep*. 2024; 73 (1): 1-32. doi:10.15585/mmwr.r7301a1.
- Satyaputra F, Hendry S, Braddick M, Sivabalan P, Norton R. The laboratory diagnosis of syphilis. *J Clin Microbiol*. 2021; 59 (10): e0010021. doi: 10.1128/JCM.00100-21.
- Gaspar PC, Bigolin A, Alonso Neto JB, dos Santos Pereira ED, Bazzo ML. Protocolo Brasileiro para Infecções de Transmissão Sexual 2020: pruebas de diagnóstico de sífilis. *Epidemiol Serv Saúde [Internet]*. 2021; 30 (spe1): e2020630. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/ress/2021.v30nspe1/e2020630/pt/>
- García-Cisneros S, Herrera-Ortiz A, Olamendi-Portugal M, Sánchez-Alemán MA. Re-emergence of syphilis in women of reproductive age and its association with the increase in congenital syphilis in Mexico during 2010-2019: an ecological study. *BMC Infect Dis*. 2021; 21 (1): 992. doi: 10.1186/s12879-021-06680-w.
- Liu H, Rodes B, Chen CY, Steiner B. New tests for syphilis: rational design of a PCR method for detection of *Treponema pallidum* in clinical specimens using unique regions of the DNA polymerase I gene. *J Clin Microbiol*. 2001; 39 (5): 1941-1946. doi: 10.1128/JCM.39.5.1941-1946.2001.
- Shields M, Guy RJ, Jeoffreys NJ, Finlayson RJ, Donovan B. A longitudinal evaluation of *Treponema pallidum* PCR testing in early syphilis. *BMC Infect Dis*. 2012; 12: 353. doi: 10.1186/1471-2334-12-353.
- Jin A, McLarney BD, Hsu S, Lee JB. Granulomatous secondary syphilis: Another diagnostic pitfall for the dermatopathologist. *J Cutan Pathol*. 2023; 50 (3): 209-212. doi: 10.1111/cup.14370.
- Li W, Barnes E, McNeil C, Palavecino E. Secondary syphilis mimicking sarcoidosis. *Clin Case Rep*. 2020; 8 (11): 2237-2239. doi: 10.1002/ccr3.3077.
- Green KM, Heilman E. Secondary syphilis presenting as a palisading granuloma. *J Am Acad Dermatol*. 1985; 12 (5, 2): 957-960. doi: 10.1016/s0190-9622(85)70122-3.
- Tsai KY, Brenn T, Werchniak AE. Nodular presentation of secondary syphilis. *J Am Acad Dermatol*. 2007; 57 (2): S57-S58. doi: 10.1016/j.jaad.2007.02.005.
- Magdaleno-Tapia J, Valenzuela-Oñate C, Ortiz-Salvador JM, Hernández-Bel P, Alegre-De Miquel V. *Treponema pallidum* epidermotropism in nodular secondary syphilis. *Indian J Dermatol*. 2018; 63 (6): 509-511. doi: 10.4103/ijd.IJD_232_18.
- Barrett AW, Villarroel Dorrego M, Hodgson TA, Porter SR, Hopper C, Argiriadou AS et al. The histopathology of syphilis of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med*. 2004; 33 (5): 286-291. doi: 10.1111/j.0904-2512.2004.00099.x.
- Martín-Ezquerro G, Fernandez-Casado A, Barco D, Jucgla A, Juanpere-Rodero N, Manresa JM et al. *Treponema pallidum*

distribution patterns in mucocutaneous lesions of primary and secondary syphilis: an immunohistochemical and ultrastructural study. Hum Pathol. 2009; 40 (5): 624-630. doi: 10.1016/j.humpath.2008.10.017.

31. Theel ES, Katz SS, Pillay A. Molecular and direct detection tests for *Treponema pallidum* subspecies pallidum: a review of the literature, 1964-2017. Clin Infect Dis. 2020; 71 (1): S4-S12. doi: 10.1093/cid/ciaa176.
32. Rosa MFAP, Quintella LP, Ferreira LC, Cuzzi T. Immunohistochemical detection of *Treponema pallidum* in skin samples with clinical and histopathological correlations and Warthin-Starry staining critical analysis. An Bras Dermatol. 2023; 98 (4): 480-486. doi: 10.1016/j.abd.2022.02.008.

33. Liu M, Fan Y, Chen J, Yang J, Gao L, Wu X et al. Efficacy and safety of treatments for different stages of syphilis: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials and observational studies. Microbiol Spectr. 2022; 10 (6): e0297722. doi: 10.1128/spectrum.02977-22.

Conflicto de intereses: los autores no tienen conflicto de intereses relevante que declarar en relación con el contenido de este artículo.

Declaración ética: se obtuvo el consentimiento informado por escrito de la persona descrita en el estudio.



Caso clínico

Discopexia en el tratamiento del desplazamiento discal anterior de la articulación temporomandibular: reporte de caso clínico

Discopexy in the treatment of anterior disc displacement of the temporomandibular joint: clinical case report

Grace Miranda Becerril,^{*,‡} Jorge Michel Medina Ramírez,[§]
Rafael Alfredo Flores García,^{*,¶} Iván André Avilés Hidalgo^{*,||}

RESUMEN

Introducción: los trastornos internos de la articulación temporomandibular son afecciones en las que el disco articular se desplaza de su posición original, generando dolor o disfunción. Cuando el tratamiento conservador no es efectivo, el tratamiento quirúrgico como la artroscopia es la elección ideal. **Objetivo:** dar a conocer una alternativa de tratamiento quirúrgico para estos trastornos cuando no se cuenta con el equipo necesario para la artroscopia, así como difundir la técnica de cirugía abierta para reposición discal que se empleó con éxito. **Presentación del caso:** masculino de la segunda década de la vida con antecedente médico de Síndrome de Ehlers-Danlos el cual se diagnosticó mediante el uso de resonancia magnética como desplazamiento discal anterior con reducción de cóndilo mandibular derecho y desplazamiento discal anterior sin reducción de cóndilo mandibular izquierdo. An-

ABSTRACT

Introduction: internal disorders of the temporomandibular joint are conditions in which the articular disc shifts from its original position, causing pain or dysfunction. When conservative treatment is ineffective, surgical treatment such as arthroscopy is the ideal choice. **Objective:** to present an alternative surgical treatment for these disorders when the necessary equipment for arthroscopy is unavailable, as well as to disseminate the open surgery technique for disc replacement, which has been used successfully. **Case presentation:** a male in his second decade of life with a medical history of Ehlers-Danlos syndrome, which was diagnosed using magnetic resonance imaging as anterior disc displacement with reduction of the right mandibular condyle and anterior disc displacement without reduction of the left mandibular condyle. He was previously treated with

* Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio. Xalapa, Veracruz, México.

‡ Residente de tercer año de Cirugía Oral y Maxilofacial.

§ Adscrito de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Regional de Veracruz, México.

¶ Adscrito de Cirugía Oral y Maxilofacial.

|| Residente de segundo año del Servicio de Cirugía Maxilofacial.

Correspondencia:

Dra. Grace Miranda Becerril

E-mail: grace251193@icloud.com

Citar como: Miranda BG, Medina RJM, Flores GRA, Avilés HIA. Discopexia en el tratamiento del desplazamiento discal anterior de la articulación temporomandibular: reporte de caso clínico. Rev Mex Cir Bucal Maxilofac. 2025; 21 (2): 71-76. <https://dx.doi.org/10.35366/121758>



teriormente fue tratado con manejo conservador durante siete meses sin mejoría clínica. Debido a que en nuestro hospital no se cuenta con artroscopio, se empleó la cirugía abierta para reposición discal y eminectomía colocando dos minitorneillos de titanio 2.0 autoperforantes de 7 mm de longitud posterior al polo lateral del cóndilo fijado con sutura prolene 2-0 al disco articular. El resultado fue exitoso ya que se logró resolver de sintomatología dolorosa de nuestro paciente y se devolvió la funcionalidad de la articulación temporomandibular. **Conclusión:** nuestra técnica empleada demostró ser útil en ausencia del equipo necesario para la artroscopia.

Palabras clave: articulación temporomandibular, artroplastia, menisco articular, discopexia.

Abreviaturas:

ATM = articulación temporomandibular
EVA = escala visual analógica

INTRODUCCIÓN

Los trastornos temporomandibulares abarcan un conjunto de problemas clínicos que comprometen diferentes estructuras anatómicas como son: músculos de la masticación, articulación temporomandibular y estructuras asociadas.¹ Afectan principalmente a individuos jóvenes y de mediana edad, con mayor prevalencia en el grupo de 20 a 30 años.² Entre 40 y 50% de la población presenta algún tipo de trastorno, predominando en mujeres; 6% requiere tratamiento y sólo una de cada cuatro personas es consciente de padecerlo.³

El desplazamiento del disco con reducción es cuando, en apertura bucal, el disco articular se encuentra desplazado en relación con el cóndilo y, en el cierre, el disco vuelve a la zona intermedia entre el cóndilo y el tubérculo articular; corresponde a 41% de los diagnósticos clínicos, puede ocurrir en 33% de los individuos asintomáticos. Por el contrario, el desplazamiento discal sin reducción es cuando a la apertura y cierre bucal el disco no regresa a su posición original.^{4,5} El tratamiento de primera línea es de tipo conservador con farmacoterapia, dieta blanda, férulas oclusales, agentes térmicos, estimulación nerviosa, fisioterapia y artrocentesis; sin embargo, cuando estos métodos no son eficaces, el tratamiento quirúrgico como la artroplastia con cirugía abierta o cerrada es de elección para reposicionamiento discal.^{6,7}

En casos crónicos en los que se agotaron las medidas conservadoras, la discopexia se convierte en el tratamiento de primera línea, ya que reposiciona el disco articular en su ubicación fisiológica evitando la

*conservative management for seven months without clinical improvement. Because our hospital does not have an arthroscope, open surgery was performed for disc replacement and eminectomy. Two 7-mm self-drilling titanium 2.0 miniscrews were placed posterior to the lateral pole of the condyle, secured to the articular disc with 2-0 Prolene suture. The outcome was successful, as our patient's painful symptoms were resolved and the temporomandibular joint function was restored. **Conclusion:** our technique proved useful in the absence of the necessary equipment for arthroscopy.*

Keywords: temporomandibular joint, arthroplasty, articular meniscus, discopexy.

disectomía que puede generar cambios degenerativos. La diferencia entre la discopexia con cirugía abierta y la artroscopia, es que esta última tiene limitaciones, como el grado de daño degenerativo (Wilkes V) en donde es necesario acceder de forma abierta ya que el cambio anatómico articular dificulta la entrada del artroscopio; respecto a la artrocentesis, ésta simplemente lava la articulación y libera adherencias, pero no garantiza el reposicionamiento discal.^{4,5,8}

El objetivo de este artículo es demostrar que, así como la artroscopia, la discopexia a cirugía abierta ofrece buenos resultados, devolviendo la apertura bucal, funcionalidad en general y disminuyendo la sintomatología; además, tiene la ventaja de un acceso directo y mejor control visual del disco articular.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 14 años de edad que acude al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial en el centro de alta especialidad «Dr. Rafael Lucio», presentando dolor de 10 puntos en la escala visual analógica (EVA) en zona de articulación temporomandibular (ATM) de manera bilateral con predominio de lado izquierdo y tiempo de evolución de siete meses. Tiene antecedente de uso de guarda oclusal de acrílico sin mejoría clínica. Al efectuar la exploración física, se encuentra limitación a la apertura con 2.7 mm de apertura bucal, chasquido a la apertura de lado de ATM derecha; en ese momento se observa hiperlaxitud de tejidos blandos por lo que se sospecha de probable síndrome de Ehlers-Danlos y se interconsulta a Servicio de Genética quien confirma el diagnóstico. La oclusión se encontraba estable con dentición completa (*Figuras 1 y 2*). Se solicita resonancia magnética la cual reportó articulación

temporomandibular derecha con superficies articulares levemente irregulares, disco articular sin alteración en forma, desplazado hacia anterior durante la fase de boca cerrada, adecuada reducción del disco en su porción media, diagnosticándose como desplazamiento discal anterior con reducción (*Figura 3*); respecto a la articulación temporomandibular de lado izquierdo, se reportó disminución leve del espacio articular, superficies articulares levemente irregulares, quiste de resorción subcondral, disco articular levemente irregular, pérdida leve de su forma biconcava con desplazamiento hacia anterior en fase de boca cerrada, con reducción parcial del disco en su banda anterior, diagnosticándose como desplazamiento discal anterior sin reducción (*Figura 4*).

Debido a que nuestro hospital no cuenta con la aparatología necesaria para realizar una artroscopia, se opta por la reposición discal con cirugía abierta y eminectomía. El paciente ingresó a quirófano, el procedimiento se efectuó bajo anestesia general balanceada, con intubación orotraqueal. Se realizó abordaje preauricular tipo Rowe, que permitió exponer de manera adecuada las superficies articulares (*Figura 5*). Una vez identificada la cápsula, se accedió al espacio articular superior y se procedió a la exposición del disco. Ambos discos articulares, derecho e izquierdo, fueron reposicionados en su ubicación funcional. Para garantizar la estabilidad de los discos, se utilizaron minitornillos de titanio autoperforantes, sobre los cuales se fijaron mediante sutura no reabsorbible (Prolene 2-0). De forma complementaria, se practicó una eminectomía bilateral y remodelado condilar, con el fin de mejorar la relación cóndilo-disco y prevenir recidivas funcionales. La cirugía concluyó con lavado abundante de la zona y cierre por planos (*Figura 6*).

En su evolución postoperatoria a los nueve días, el paciente presentó adecuada apertura y cierre mandibular, sin limitación de la movilidad, con apertura bucal de 43 mm, y con desaparición de la sintomatología dolorosa. El proceso de cicatrización se observó satisfactorio y sin complicaciones locales (*Figura 7*). En la revisión a los siete meses, el paciente permanecía asintomático, en una EVA de 0 puntos, con función mandibular completa y adecuada. Los estudios de imagen confirmaron la correcta posición de los minitornillos y la estabilidad de los discos articulares en relación con los cóndilos (*Figura 8*).

DISCUSIÓN

Los trastornos internos de la articulación temporomandibular son condiciones en las que el disco

articular se ha desplazado de su posición original. El desplazamiento del disco puede dar lugar a numerosas presentaciones; las más comunes son el desplazamiento del disco con reducción, con o sin bloqueo intermitente, y el desplazamiento del disco sin reducción, con o sin apertura limitada.⁹

El presente reporte de caso es significativo porque maneja estos trastornos internos tratados mediante discopexia abierta en un adolescente con síndrome de Ehlers-Danlos, La asociación entre este síndrome y los trastornos temporomandibulares muestran una mayor prevalencia de dolor y desplazamientos discales ya que el colágeno se ve alterado, por lo que puede afectar las estructuras fibrocartilaginosas, los ligamentos de soporte, el disco y el tejido retrodiscal de la articulación temporomandibular porque están compuestos por colágeno.¹⁰ La cirugía en estos pacientes presenta desafíos debido a que el tejido conjuntivo es más frágil, riesgos de hemorragias, cicatrización retardada y dificultad en la fijación de estructuras blandas; debe planearse con precaución considerando la debilidad estructural y susceptibilidad a complicaciones.¹¹

En nuestro caso, no se reportaron complicaciones, pero debe considerarse que el seguimiento aún es a corto plazo, por lo que no se debe descartar que con el tiempo la hiperlaxitud residual pudiera ejercer presión sobre la fijación o generar micromovimientos que comprometan la posición del disco.

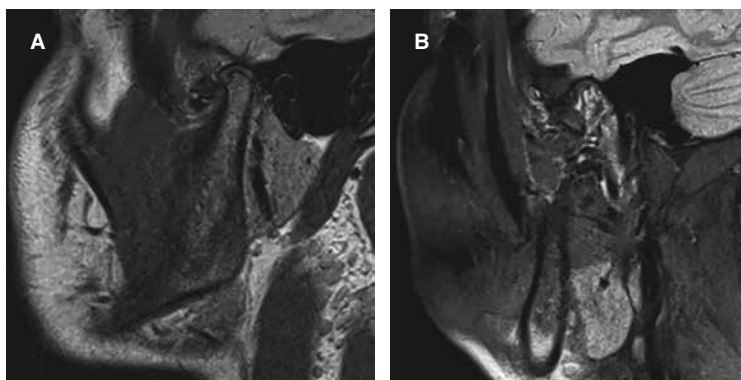
Las limitaciones de nuestro reporte es el seguimiento a corto plazo; sin embargo, es adecuado para evaluar las mejoras iniciales y, por tratarse de un reporte individual, no se puede garantizar la eficacia del procedimiento en todos los pacientes con este síndrome de la población adolescente. El hecho de que se haya utilizado cirugía abierta por la ausencia de equipo no permite comparar directamente los resultados contra la técnica mínimamente invasiva.

Sin embargo, la discopexia abierta sigue siendo una opción válida en entornos donde no hay acceso a la artroscopia. La discopexia ha tenido una tasa que oscila entre 77 y 100%, disminuyendo el dolor de ATM y facial, así como la función de la mandíbula y la alimentación.^{12,13} La cirugía cerrada es la más utilizada actualmente, ya que es estética y funcional y es menos invasiva. No obstante, tiene limitaciones como fibrosis severa o desplazamientos severos en donde el acceso cerrado resulta insuficiente.^{14,15}

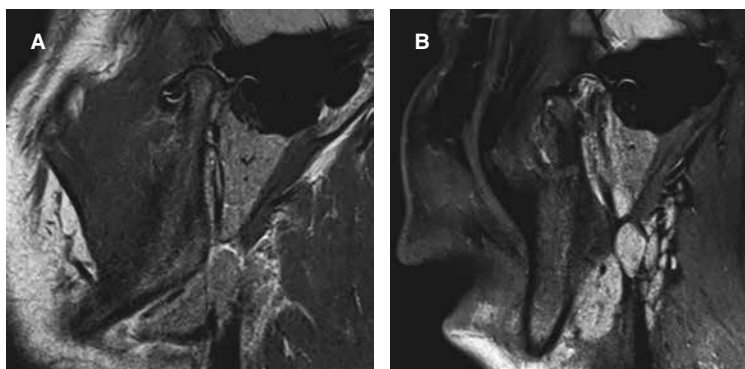
La evolución favorable en un adolescente con comorbilidad genética poco frecuente sugiere que, casos similares podrían beneficiarse de esta técnica quirúrgica con expectativas razonables de éxito.

**Figura 1:**

Fotografías extraorales.

**Figura 2:** Fotografías intraorales.**Figura 3:**

Resonancia magnética de articulación temporomandibular derecha en donde se observa desplazamiento discal anterior con reducción. **A)** Boca cerrada. **B)** Boca abierta.

**Figura 4:**

Resonancia magnética de articulación temporomandibular izquierda en donde se observa desplazamiento discal anterior sin reducción. **A)** Boca cerrada. **B)** Boca abierta.

Figura 5:

Marcaje de incisión cutánea en región preauricular de lado derecho e izquierdo.

**Figura 6:**

Exposición de superficies articulares y disco articular.



Figura 7: Herida postquirúrgica en donde se muestra adecuada cicatrización de los tejidos cutáneos.

Este reporte puede motivar futuras series de casos o estudios multicéntricos que comparen resultados de discopexia abierta versus artroscópica en pacientes con trastornos de tejido conectivo.

CONCLUSIONES

En este caso, la discopexia mediante cirugía abierta constituyó una alternativa eficaz para el manejo del desplazamiento discal bilateral de la ATM; logró restaurar la función mandibular y reducir la sintomatología dolorosa en un contexto donde no se disponía de artroscopia. Este reporte ilustra la utilidad de



Figura 8: Estudio de imagen de control después de siete meses en donde se observa anclaje en correcta posición y función.

la cirugía abierta como opción viable ante recursos limitados. Las limitaciones del caso incluyen el seguimiento relativamente corto y la ausencia de medidas objetivas estandarizadas de función articular, por lo que se requieren estudios adicionales para evaluar resultados a largo plazo.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestros adscritos de la Especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial del Centro de Alta Especialidad «Dr. Rafael Lucio», por su orientación y su apoyo durante el proceso de investigación.

REFERENCIAS

1. Lescas MO, Hernandez ME, Sosa A, Sánchez M, Ugalde-Iglesias C, Ubaldo-Reyes L et al. Trastornos temporomandibulares. Rev Fac Med UNAM. 2012; 55 (1): 4-11.
2. Jingyu Y. An overview of treatment for temporomandibular disc displacement including disc reduction. J Oral Facial Pain Headache. 2025; 39 (2): 23-34.
3. González AVH. Artroscopia de la articulación temporomandibular. Descripción del abordaje. Rev Mex Cir Bucal Maxilofac. 2024; 20 (2): 62-67. doi: 10.35366/118064.
4. Al-Moraissi EA, Al-Otaibi K, Almaweri AA, Bastos RM, Haas Junior OL, Amran AG. Treatment of painful temporomandibular joint disc displacement without reduction: network meta-analysis of randomized clinical trials. Int J Oral Maxillofac Surg. 2024; 53 (7): 584-595. doi: 10.1016/j.ijom.2024.02.004.
5. Poluha RL, Canales GT, Costa YM, Grossmann E, Bonjardim LR, Conti PCR. Temporomandibular joint disc displacement with reduction: a review of mechanisms and clinical presentation. J Appl Oral Sci. 2019; 27: e20180433. doi: 10.1590/1678-7757-2018-0433.
6. Tanaka E, Detamore MS, Mercuri LG. Degenerative disorders of the temporomandibular joint: etiology, diagnosis, and treatment. J Dent Res. 2008; 87 (4): 296-307.
7. Soni A. Arthrocentesis of temporomandibular joint-Bridging the gap between non-surgical and surgical treatment. Ann Maxillofac Surg. 2019; 9 (1): 158-167.
8. Ahumada RB, Escalona M de la F, Baeza CN. Artroscopia de la articulación temporomandibular. Rev médica Clín Las Condes. 2023; 34 (4): 261-268.
9. Young AL. Internal derangements of the temporomandibular joint: A review of the anatomy, diagnosis, and management. J Indian Prosthodont Soc. 2015; 15 (1): 2-7.
10. Cancino J, Soto F, Martínez S, Gutiérrez S. Manifestaciones temporomandibulares en pacientes con síndrome de Ehlers-Danlos: una revisión sistemática. Rev Cient Odontol (Lima). 2023; 11 (3): e164.
11. Schubart JR, Mills SE, Rodeo SA, Francomano CA. Outcomes of orthopaedic surgery in Ehlers-Danlos syndromes: a scoping review. BMC Musculoskelet Disord. 2024; 25 (1): 846. doi: 10.1186/s12891-024-07937-6.
12. Bonanthaya K, Panneerselvam E, Manuel S, Kumar VV, Rai A, editores. Oral and maxillofacial surgery for the clinician. 1a ed. Singapur, Singapur: Springer; 2021.
13. Abramowicz S, Dolwick MF. 20-year follow-up study of disc repositioning surgery for temporomandibular joint internal derangement. J Oral Maxillofac Surg. 2010; 68 (2): 239-242. doi: 10.1016/j.joms.2009.09.051.
14. Carbajal BL. Fijación y estabilización quirúrgica de disco articular como tratamiento de la disfunción interna de la ATM. Rev ADM. 2006; 63 (4): 142-155.
15. Abdelrehem A, Hu YK, Yang C, Zheng JS, Shen P, Shen QC. Arthroscopic versus open disc repositioning and suturing techniques for the treatment of temporomandibular joint anterior disc displacement: 3-year follow-up study. Int J Oral Maxillofac Surg. 2021; 50 (10): 1351-1360. doi: 10.1016/j.ijom.2021.02.018.

Conflictos de intereses: no se declara ningún conflicto de intereses.



Caso clínico

Absceso retrofaríngeo, parafaríngeo y cervical secundario a absceso periamigdalino: reporte de caso clínico y revisión de la literatura

Retropharyngeal, parapharyngeal, and cervical abscess secondary to peritonsillar abscess: case report and literature review

Jorge Zenteno S,* Ricardo Sepúlveda Q,† Cristián Matamoros R,‡
Cristóbal Parra F,§ Christopher Reyes A‡

RESUMEN

Introducción: el absceso periamigdalino (APA) es una colección purulenta del paladar blando entre la cápsula de amígdala palatina y fibras del músculo constrictor superior de la faringe. Es una complicación frecuente de la amigdalitis bacteriana, que, si no se maneja de forma oportuna, puede diseminarse a espacios profundos del cuello; el riesgo de complicaciones aumenta en presencia de diabetes mellitus descompensada. **Objetivo:** describir un caso de absceso periamigdalino con extensión a espacios retrofaríngeo, parafaríngeo y cervical, y su resolución mediante manejo quirúrgico interdisciplinario. **Presentación del caso:** paciente masculino de 67 años con diabetes mellitus tipo 2 mal controlada que consultó por odinofagia, disfagia y aumento de volumen periamigdalino izquierdo. La tomografía computarizada con contraste mostró colección periamigdalina con extensión a espacios retrofaríngeo, parafaríngeo y desviación de vía

ABSTRACT

Introduction: peritonsillar abscess is a purulent collection of the soft palate located between the capsule of the palatine tonsil and the fibers of the superior pharyngeal constrictor muscle. It is a frequent complication of bacterial tonsillitis that, if not managed promptly, may spread to the deep neck spaces; the risk of severe complications increases in the presence of poorly controlled diabetes mellitus. **Objective:** to describe a case of peritonsillar abscess with extension to the retropharyngeal, parapharyngeal, and cervical spaces, and its resolution through an interdisciplinary surgical approach. **Case report:** a 67-year-old man with poorly controlled type 2 diabetes mellitus presented with odynophagia, dysphagia, and left peritonsillar swelling. Contrast-enhanced computed tomography showed a peritonsillar collection extending into the retropharyngeal and parapharyngeal spaces with airway deviation.

* Facultad de Medicina. Clínica Alemana de la Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.

† Staff. Servicio de Cirugía Maxilofacial. Hospital Regional de Rancagua. Rancagua, Chile.

‡ Residente de Cirugía y Traumatología Bucal y Maxilofacial. Universidad Andrés Bello. Chile.

Correspondencia:

Jorge Zenteno Silva

E-mail: jozentenos@udd.cl

jorgezentenos98@gmail.com

Citar como: Zenteno SJ, Sepúlveda QR, Matamoros RC, Parra FC, Reyes AC. Absceso retrofaríngeo, parafaríngeo y cervical secundario a absceso periamigdalino: reporte de caso clínico y revisión de la literatura. Rev Mex Cir Bucal Maxilofac. 2025; 21 (2): 77-81. <https://dx.doi.org/10.35366/121759>



aérea. Se realizó vaciamiento por abordaje periamigdalino y cervicotomía amplia, con instalación de drenaje activo. Los cultivos orientaron ajuste antimicrobiano y la evolución clínica fue favorable, con disminución de volumen inflamatorio y sin complicaciones postoperatorias. **Conclusiones:** en pacientes con diabetes mellitus, las infecciones cervicales profundas secundarias a un absceso periamigdalino exigen diagnóstico precoz, imagenología con contraste, vaciamiento oportuno y tratamiento antimicrobiano dirigido, junto con control metabólico estricto. Este caso refuerza la importancia del abordaje interdisciplinario en infecciones cervicales profundas.

Palabras clave: absceso peritonsilar, absceso retrofaríngeo, espacio parafaríngeo, diabetes mellitus, equipo de atención al paciente.

*Surgical drainage was performed via a peritonsillar approach and extended cervicotomy, with placement of an active cervical drain. Culture results guided antimicrobial adjustment, and the clinical course was favorable, with reduction of inflammatory swelling and no postoperative complications. **Conclusions:** in patients with diabetes mellitus, deep neck infections secondary to peritonsillar abscess require early diagnosis, contrast-enhanced imaging, timely drainage, and targeted antimicrobial therapy, together with strict metabolic control. This case reinforces the importance of an interdisciplinary approach to deep neck infections.*

Keywords: peritonsillar abscess, retropharyngeal abscess, parapharyngeal space, diabetes mellitus, patient care team.

INTRODUCCIÓN

Los abscesos periamigdalinos constituyen la infección profunda más frecuente de la región de cabeza y cuello, con incidencia anual cercana a 30 casos por 100,000 habitantes en series poblacionales de Estados Unidos, y predominio entre los 20 y 40 años.¹ Generalmente son complicaciones de una amigdalitis bacteriana —con *Streptococcus pyogenes* como patógeno prominente y participación de flora anaerobia— y cursan con odinofagia, trismus, disfonía y desviación de la úvula. Requieren diagnóstico y tratamiento oportunos para evitar progresión a espacios profundos.^{1,2}

En adultos, el absceso retrofaríngeo es menos común, pero constituye una emergencia por su potencial de diseminación al mediastino y otras complicaciones mayores. El estudio de elección es la tomografía computarizada con contraste y la coordinación temprana del manejo. Evidencia reciente en adultos confirma la carga de morbilidad y la necesidad de intervención oportuna.³⁻⁵

La diabetes mellitus se asocia con mayor diseminación multiespacial, estancias más prolongadas y aislamiento de bacilos gramnegativos (por ejemplo, *Klebsiella pneumoniae*), en comparación con pacientes sin diabetes.⁶⁻⁸

El presente caso ilustra un absceso periamigdalino con extensión retrofaríngea, parafaríngea y cervical en un paciente con diabetes descompensada, y enfatiza la importancia del diagnóstico precoz y el abordaje quirúrgico interdisciplinario.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 67 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus

tipo 2 descompensada. Consultó en urgencias por odinofagia, disfagia y aumento de volumen en región periamigdalina izquierda y cervical ipsilateral, de progresión rápida. Laboratorio inicial: leucocitos 14.4×10^3 cél/mm³, proteína C reactiva 9.55 mg/L y glicemia 220 mg/dL.

En la exploración física se evidenció aumento de volumen cervical doloroso y masa fluctuante periamigdalina izquierda, sin trismus. La tomografía computarizada con contraste de cuello mostró colección periamigdalina izquierda con extensión a los espacios retrofaríngeo y parafaríngeo, márgenes mal definidos y desviación de la vía aérea hacia la derecha, sin obstrucción completa (*Figura 1*).

Se realizó intervención quirúrgica mediante abordaje periamigdalino y cervicotomía amplia, abarcando los espacios submandibular, sublingual, retrofaríngeo, parafaríngeo y parotídeo, con instalación de drenaje activo (*Figura 2*). En el intraoperatorio se evacuó abundante material purulento y se identificó tejido muscular necrótico en región cervical. Se enviaron muestras para cultivo y biopsia.

Durante la evolución intrahospitalaria, en el tercer día postoperatorio aparecieron placas blanquecinas en región faríngea y paladar blando izquierdo. Los cultivos revelaron *Enterobacter kobei* y *Candida albicans* con resistencia al esquema antibiótico inicial (ceftriaxona y clindamicina), por lo que se ajustó a levofloxacino y se añadió fluconazol. La glicemia se mantuvo elevada con valores promedio de 200 mg/dL. El paciente presentó mejoría clínica progresiva, con disminución del volumen inflamatorio y adecuada tolerancia respiratoria. Permaneció hospitalizado 12 días; el drenaje se retiró en el octavo día postquirúrgico, y egresó sin complicaciones, con controles ambulatorios programados a los cinco días.

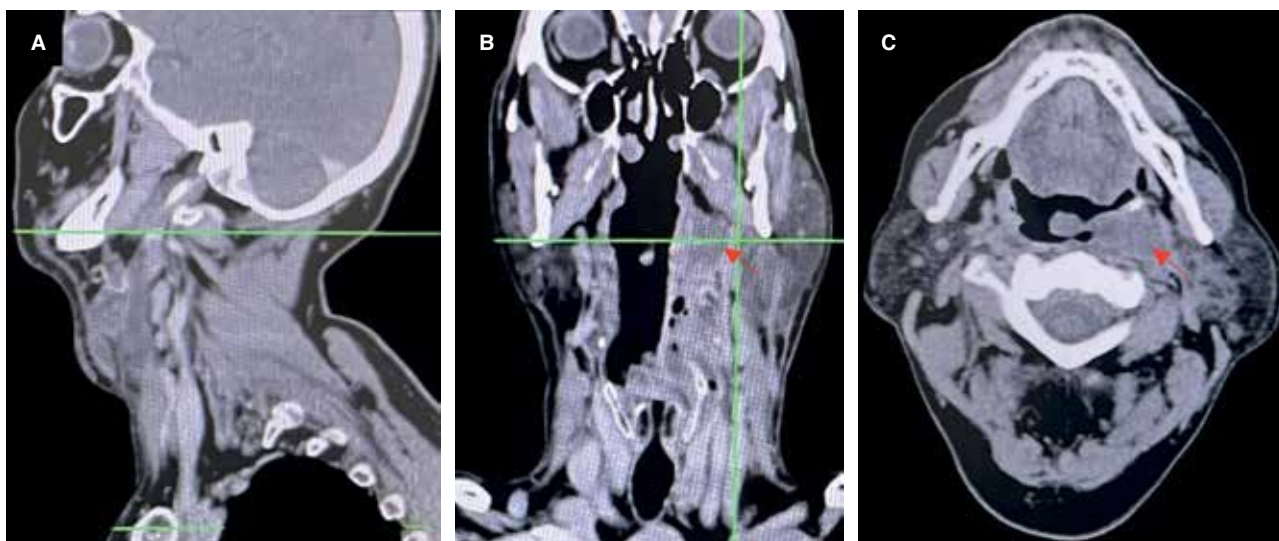


Figura 1: **A)** Tomografía computarizada corte sagital. Se observa aumento de volumen cervical en cuello. **B)** Tomografía computarizada corte coronal, flecha roja indica colección purulenta que desplaza la vía aérea hacia la derecha. **C)** Tomografía computarizada corte axial. Se observa disminución del lumen de vía aérea y flecha roja indica colección purulenta periamigdalina con tejidos inflamatorios asociados.



Figura 2:

A) Fotografía intraoperatoria. Se evidencia aumento de volumen cervical en posición de hiperextensión. **B)** Fotografía intraoperatoria con demarcación del sitio de incisión. **C)** Fotografía intraoperatoria de colgajo profundo cervical en la que se observa salida de contenido purulento. **D)** Fotografía intraoperatoria de colgajo suturado con la instalación de drenaje activo.

DISCUSIÓN

Las infecciones cervicales profundas continúan considerándose urgencias médico-quirúrgicas por su riesgo de compromiso de vía aérea y extensión al mediastino. Síntesis recientes confirman tasas relevantes de traqueostomía y una mortalidad no despreciable, lo que respalda el manejo protocolizado con imagen contrastada, vigilancia de vía aérea y drenaje oportuno cuando existe colección organizada.⁹ En adultos, la progresión de un absceso periamigdalino a espacios para/retrofaríngeos y cuello bajo es infrecuente, pero está descrita y se asocia a mayores tasas de intervención y estancia hospitalaria en bases de datos nacionales.¹⁰

La diabetes mellitus condiciona una presentación más grave: mayor compromiso multiespacio, más requerimiento de UCI y desenlaces menos favorables. Series contemporáneas muestran, además, enriquecimiento de bacilos gramnegativos (por ejemplo, *Klebsiella* y *Enterobacter*) en pacientes diabéticos y la necesidad de esquemas antibióticos iniciales que cubran aerobios y anaerobios con ajuste dirigido por cultivos.^{11,12}

Desde el punto de vista microbiológico, los abscesos para/retrofaríngeos de adultos suelen ser polimicrobianos, con predominio de estreptococos y anaerobios; no obstante, los perfiles cambian con comorbilidades como la diabetes, lo que refuerza la toma sistemática de muestras intraoperatorias y la desescalada antimicrobiana basada en susceptibilidades.^{12,13}

Aunque poco habitual, la coinfección fúngica puede presentarse en cuadros cervicofaciales severos. Se han comunicado infecciones profundas relacionadas con *Candida* (incluida Ludwig y mediastinitis descendente de origen retrofaríngeo), y la hiperglicemia se vincula a mayor susceptibilidad a *Candida spp.*; por ello, ante mala respuesta al antibiótico o hallazgos clínicos de candidiasis, conviene solicitar cultivo micológico y considerar terapia antifúngica dirigida.¹⁴⁻¹⁷

En cuanto a la estrategia quirúrgica, la literatura apoya el vaciamiento precoz de colecciones y el abordaje combinado (transoral/periamigdalino más cervicotomía) cuando existe extensión multiespacio, con vigilancia estrecha de progresión a mediastinitis descendente, entidad que requiere coordinación cervicotórácica y desbridamiento amplio.^{9,16} En escenarios seleccionados, la ecografía transoral puede facilitar el diagnóstico y el drenaje mínimamente invasivo,¹⁸ aunque su papel se delimita por la

localización del foco y la seguridad de la vía aérea; hay además esfuerzos metodológicos en curso para comparar de forma rigurosa punción guiada por imagen versus incisión quirúrgica.^{19,20}

Implicación para la práctica maxilofacial: los pacientes diabéticos con infecciones cervicales profundas demandan vigilancia estrecha de la vía aérea, drenaje oportuno multicompartimental, cultivos sistemáticos (bacterianos y fúngicos si hay sospecha) y optimización metabólica desde el ingreso, en coordinación con otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello.^{9-12,16-20}

CONCLUSIONES

Las infecciones cervicales profundas secundarias a absceso periamigdalino requieren diagnóstico e intervención tempranos para reducir morbilidad. En pacientes con diabetes descompensada, el control metabólico desde el ingreso es determinante para limitar la extensión y mejorar la respuesta terapéutica. La tomografía con contraste y la vigilancia de la vía aérea deben guiar la decisión temprana de drenaje cuando existe colección organizada. La toma de cultivos intraoperatorios permite ajustar el antimicrobiano a terapia dirigida y, ante sospecha clínica, considerar estudio micológico. Este caso refuerza la necesidad de un abordaje interdisciplinario y de control metabólico estricto en las infecciones cervicales profundas.

REFERENCIAS

1. Galioto NJ. Peritonsillar abscess. Am Fam Physician. 2017; 95 (8): 501-506.
2. Herzon FS, Martin AD. Medical and surgical treatment of peritonsillar abscess: a prospective study of 45 cases. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1986; 95 (4 Pt 1): 329-333.
3. Maran AGD, Lund VJ. Clinical rhinology. Stuttgart: Thieme; 1990.
4. Lee YQ, Kanagalingam J. Deep neck abscesses: the Singapore experience. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2011; 268 (4): 609-614. doi: 10.1007/s00405-010-1397-y.
5. Huang TT, Liu TC, Chen PR, Tseng FY, Yeh TH, Chen YS. Deep neck infection: analysis of 185 cases. Head Neck. 2004; 26 (10): 854-860. doi: 10.1002/hed.20013.
6. Boscolo-Rizzo P, Marchiori C, Montolli F, Vaglia A, Da Mosto MC. Deep neck infections: a constant challenge. ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec. 2006; 68 (5): 259-265. doi: 10.1159/000093095.
7. Wang LF, Kuo WR, Tsai SM, Huang KJ. Characterizations of life-threatening deep cervical space infections: a review of one hundred ninety-six cases. Am J Otolaryngol. 2003; 24 (2): 111-117. doi:10.1053/ajot.2003.31.
8. Eftekharian A, Roozbahany NA, Vaezeafshar R, Narimani N. Deep neck infections: a retrospective review of 112 cases. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2009; 266 (2): 273-277. doi: 10.1007/s00405-008-0734-5.

9. Sakaguchi M, Sato S, Ishiyama T, Katsuno S, Taguchi K. Characterization and management of deep neck infections. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 1997; 26 (2): 131-134.
10. Bakir S, Tanriverdi MH, Gün R, Yorgancılar E, Yildirim M, Tekbas G, et al. Deep neck space infections: a retrospective review of 173 cases. *Am J Otolaryngol*. 2012; 33 (1): 56-63. doi: 10.1016/j.amjoto.2011.01.003.
11. Yang W, Hu L, Wang Z, Nie G, Su W. Deep neck infection in diabetes mellitus: analysis of 67 cases. *Pak J Med Sci*. 2013; 29 (1): 213-218.
12. Lin YT, Liu CJ, Chen TJ, Lin YS, Weng SF, Lin HC. Deep neck infection in diabetic patients: comparison of clinical picture and outcomes with nondiabetic patients. *J Laryngol Otol*. 2012; 126 (6): 556-561. doi: 10.1017/S0022215112000303.
13. Long B, Gottlieb M. Managing peritonsillar abscess. *Ann Emerg Med*. 2023; 82 (1): 101-107. doi: 10.1016/j.annemergmed.2022.10.023.
14. Konishi T, Sakata A, Inokuchi H, Kumazawa R, Matsui H, Fushimi K, et al. Treatments and outcomes of adult parapharyngeal and retropharyngeal abscess: 1882 cases from a Japanese nationwide database. *Am J Otolaryngol*. 2023; 44 (2): 103770. doi:10.1016/j.amjoto.2022.103770.
15. Liao TI, Ho CY, Chin SC, Wang YC, Chan KC, Chen SL. Sequential impact of diabetes mellitus on deep neck infections: comparison of the clinical characteristics of patients with and without diabetes mellitus. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(14):1383. doi:10.3390/healthcare12141383.
16. Kong W, Zhang X, Li M, Yang H. Microbiological analysis and antibiotic selection strategy in neck abscesses among patients with diabetes mellitus. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2024; 281 (3): 1515-1523. doi: 10.1007/s00405-023-08396-w.
17. Rodrigues CF, Rodrigues ME, Henriques M. *Candida sp.* infections in patients with diabetes mellitus. *J Clin Med*. 2019; 8 (1): 76. doi: 10.3390/jcm8010076.
18. Alzaid M, Ramadhan M, Abul A, Karam M, Alsaif A, Stapleton E. Ultrasonography-guided drainage versus surgical drainage for deep neck space abscesses: a systematic review and meta-analysis. *J Laryngol Otol*. 2024; 138 (9): 906-912. doi: 10.1017/S0022215124000501.
19. Gao W, Lin Y, Yue H, Chen W, Liu T, Ye J et al. Bacteriological analysis based on disease severity and clinical characteristics in patients with deep neck space abscess. *BMC Infect Dis*. 2022; 22 (1): 280. doi: 10.1186/s12879-022-07259-9.
20. Sheikh Z, Yu B, Heywood E, Quraishi N, Quraishi S. The assessment and management of deep neck space infections in adults: a systematic review and qualitative evidence synthesis. *Clin Otolaryngol*. 2023; 48 (4): 540-562. doi: 10.1111/coa.14064.

Conflicto de intereses: no se declara ningún conflicto de intereses



Caso clínico

Uso de fotogrametría para la ubicación de puntos anatómicos en labio hendido. Presentación de caso clínico

Use of photogrammetry for the location of anatomical points on cleft lip. Presentation of clinical case

Jorge Arnulfo Carrillo Rivera,^{*,‡} Javier González Bello,^{*,§} Ángel García Gutiérrez,^{*,¶}
Edith Montserrat Aguirre Magaña,^{*,¶} Ambar Fuentes Salas,^{*,¶} Rogelio Valentín Espinosa Barrón^{*,¶}

RESUMEN

Introducción: la fotogrametría permite crear modelos tridimensionales a partir de fotografías digitales mediante relaciones matemáticas. **Objetivo:** evaluar la utilidad de la fotogrametría para ubicar puntos anatómicos en un paciente con labio hendido. **Caso clínico:** se obtuvieron fotografías clínicas procesadas en software 3D para reconstrucción anatómica a escala real, sobre las cuales se identificaron los puntos anatómicos y se localizaron en el paciente. **Conclusiones:** el uso de la fotogrametría para ubicar los puntos de referencia anatómicos en el labio hendido es una herramienta fiable y accesible que mejora la calidad de los procedimientos quirúrgicos.

Palabras clave: labio hendido, fotogrametría, modelos tridimensionales, puntos de referencia anatómicos.

ABSTRACT

Introduction: photogrammetry allows the creation of three-dimensional models from digital photographs using mathematical relationships. **Objective:** to evaluate the usefulness of photogrammetry for locating anatomical landmarks in a patient with cleft lip. **Clinical case:** clinical photographs were processed using 3D software for full-scale anatomical reconstruction. Anatomical landmarks were identified on these photographs and located in the patient. **Conclusions:** the use of photogrammetry to locate anatomical landmarks in cleft lip is a reliable and accessible tool that improves the quality of surgical procedures.

Keywords: cleft lip, photogrammetry, three-dimensional imaging, anatomic landmarks.

INTRODUCCIÓN

La fotogrametría es un método que permite crear imágenes precisas a partir de relaciones matemá-

licas o vectores geométricos de forma sencilla y no invasiva.¹ Esta técnica permite el análisis de las características faciales y corporales para mejorar la precisión diagnóstica, ayuda a planificar proce-

* Hospital General «Dr. Darío Fernández Fierro» (HGDF), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). México.

‡ Médico adscrito al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Maestría en Ciencias de la Salud.

§ Cirujano Oral y Maxilofacial adscrito al HGDF.

¶ Residente de Cirugía Oral y Maxilofacial.

Correspondencia:

Dr. Jorge Carrillo Rivera

E-mail: jorgecarrillorivera053@gmail.com

Citar como: Carrillo RJA, González BJ, García GÁ, Aguirre MEM, Fuentes SA, Espinosa BRV. Uso de fotogrametría para la ubicación de puntos anatómicos en labio hendido. Presentación de caso clínico. Rev Mex Cir Bucal Maxilofac. 2025; 21 (2): 82-86. <https://dx.doi.org/10.35366/121760>



dimientos quirúrgicos y en el seguimiento de los resultados postoperatorios.² Al obtener múltiples fotos desde diferentes vectores, se logra una imagen tridimensional a partir de la exportación de las imágenes a un software.³

El labio y paladar hendido es la malformación craneofacial congénita más frecuente y se produce por una falla en la fusión de los procesos faciales durante el desarrollo embrionario.⁴ El abordaje quirúrgico requiere tanto del desarrollo de habilidades técnicas como una correcta planeación por parte del cirujano. El empleo de herramientas tecnológicas que permiten crear un modelo tridimensional favorece la visualización y planeación del procedimiento quirúrgico a realizar, mejorando la calidad de atención en los pacientes y disminuyendo el margen de error y complicaciones durante el procedimiento quirúrgico.^{5,6} Así, el paciente logrará una óptima capacidad para la deglución y succión, mejorará su desarrollo del lenguaje y obtendrá un resultado estético beneficioso.⁷ El presente trabajo describe el uso de la fotogrametría como una herramienta para la planeación quirúrgica, en específico para la localización de puntos anatómicos, en un paciente con labio hendido.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de tres meses con diagnóstico de labio hendido unilateral incompleto izquierdo. A la exploración física se aprecia punta nasal con desviación a la derecha, cartílago alar izquierdo rotado, fosa nasal izquierda más amplia, bermellón incompleto y mayor grosor de mucosa labial izquierda.

Se utilizó una cámara fotográfica de 35 mm con un objetivo macro de 100 mm para evitar deformaciones faciales; se usó una escala vertical dividida en segmentos de 1 centímetro para obtener mediciones a tamaño real (1:1); los registros se tomaron en vista frontal y a 15° en sentido horizontal y vertical con la cabeza en reposo y los labios relajados. Los registros fotográficos se digitalizaron y se identificaron los puntos de referencia (*Figuras 1 y 2*). Posteriormente, bajo anestesia general, se ubicaron los puntos anatómicos de acuerdo con lo descrito por Ralph Millard (*Tabla 1*) e identificados en la fotogrametría (*Figuras 3 y 4*). Por medio de microscopio electrónico se realizaron incisiones de acuerdo con la técnica planteada, disección de planos y sutura de mucosa oral y muscular (*Figura 5*).

Se dio seguimiento a un año. Se apreció la base nasal y la longitud de la columela muy cercanas a

lo normal, proyección adecuada de la punta nasal, ángulo nasolabial y anchura interalar simétrica en comparación al lado sano, con mínima cicatriz en la columna filtral izquierda y borde del bermellón con mayor volumen del lado izquierdo. No se reporta por parte de la madre del paciente dificultad a la masticación ni alteraciones en la fonación ni en la gesticulación (*Figura 6*).

DISCUSIÓN

La fotogrametría es un método de medición indirecto que permite determinar forma, tamaño y posición de objetos mediante fotografías, tomadas con cámara o teléfono móvil, y un software.⁸ En 2014, Puente y colaboradores evaluaron las distancias nasolabiales y las unidades estéticas en pacientes con labio hendido unilateral mediante fotogrametría. En sus archivos fotográficos apreciaron resultados quirúrgicos inadecuados, por lo que concluyeron que una técnica quirúrgica deficiente se asocia a una mala colocación de los puntos de referencia anatómica. Coincidimos con los autores en la importancia de visualizar previamente y realizar una medición precisa previa al procedimiento quirúrgico.⁹

Meazzini y colaboradores¹⁰ plantean que la fotogrametría es una alternativa viable y económica para obtener distancias antropométricas y rasgos faciales que disminuyen el margen de error y mejoran los resultados estéticos y la planeación quirúrgica. En un artículo posterior, estos autores mencionan la importancia de la fotogrametría como una herramienta de documentación objetiva para evaluar los resultados en la estética nasolabial, desde la infancia hasta la adolescencia, a partir de comparar casos de adolescentes con labio hendido bilateral con casos de adolescentes sin hendidura labial.¹¹

Algunas de las desventajas mencionadas por diversos autores están relacionadas con el costo del software, el método de obtención de fotografías de forma estandarizada, la experiencia del operador y de la técnica quirúrgica, así como la variabilidad en la colocación de los puntos de referencia anatómicos.¹²

Este caso demuestra la viabilidad de aplicar fotogrametría en lactantes con labio hendido, al ubicar de manera más precisa los puntos anatómicos, ser menos invasivo para el paciente y ser más sencillo para el operador en fase de aprendizaje que el método convencional. Además, facilita la planeación quirúrgica, optimiza tiempos transoperatorios y, en



Figura 1: Obtención de las imágenes fotográficas en diferentes ángulos y direcciones.

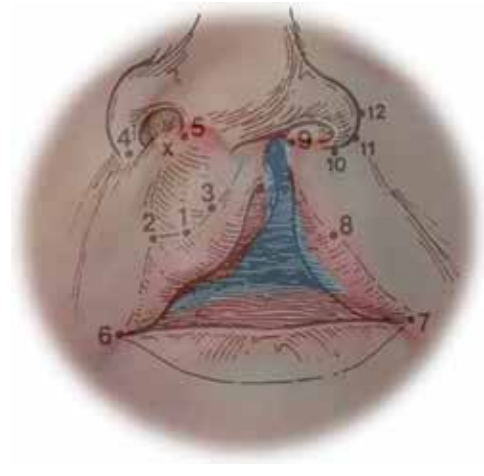


Figura 3: Imagen bidimensional del paciente ubicando los puntos anatómicos.

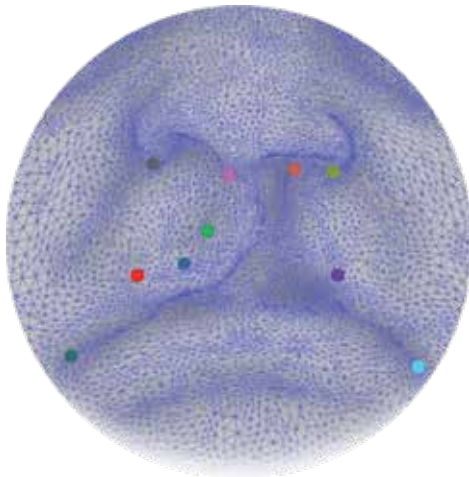


Figura 2: Colocación de puntos anatómicos de Millard con ayuda de imagen tridimensional o fotogrametría en red.



Figura 4: Marcaje de puntos anatómicos para queiloplastia.

Tabla 1: Puntos anatómicos y su descripción de acuerdo con Ralph Millard.

Punto	Descripción
● 1	Punto medio del arco de cupido
● 2	Extremo lateral del arco de cupido en el lado sano
● 3	Extremo medial del arco de cupido en el lado fisurado
● 4	Base alar del lado sano
● 5	Base de la columela lado sano
● 6	Comisura labial lado sano
● 7	Comisura labial lado hendido
● 8	Extremo lateral del arco de cupido en el lado fisurado
● 9	Extensión superior del colgajo de avance
● 10	Base alar del lado fisurado

conjunto con el uso del microscopio, aporta una simetría nasolabial innovadora. Actualmente se encuentra disponible en software de descarga gratuita.

CONCLUSIONES

En la actualidad, la tecnología permite la creación de modelos tridimensionales con gran facilidad. La fotogrametría facial es una técnica indirecta que permite medir y vectorizar la región nasolabial a partir de fotografías clínicas. Las imágenes obtenidas permiten apreciar de una forma tridimensional las estructuras anatómicas y sus relaciones con las zonas adyacentes. Además de ser un instrumento útil para la planeación del procedimiento quirúrgico.

gico, tiene la ventaja de proporcionar un registro permanente de las características faciales, el cual se puede usar posteriormente para evaluar los resultados del procedimiento quirúrgico realizado. El uso de modelos biológicos no tiene sustitución posible; sin embargo, al emplear modelos 3D, se ofrece una alternativa a la enseñanza en los residentes en formación. La fotogrametría permite crear modelos con un dispositivo móvil o con una cámara



Figura 5: Uso de microscopio electrónico Pentaro 800 Carl Zeiss para queiloplastia utilizando sutura 10-0.



Figura 6: Resultado postoperatorio a un año.

fotográfica con habilidades básicas del operador para la toma de fotografías. A partir de esta técnica se pueden obtener resultados fieles a la pieza original, con proporción de 1:1.

En el presente caso se menciona la importancia de integrar la tecnología médica en los programas de educación y formación de residentes, aunado al uso de microscopía en cirugía de labio hendido, con lo que el rango de variabilidad interoperador disminuye considerablemente. Por otro lado, es importante continuar con estudios de investigación que comparen las mediciones antropométricas obtenidas de forma directa con las mediciones por fotogrametría, así como la integración de un protocolo de estudio que actualice las referencias anatómico-quirúrgicas.

REFERENCIAS

1. Saharahui de Jesús-Luis A, Ordóñez-Velázquez S, Pineda-Martínez D, Brenes-Solano B, González-Fernández J. Fotogrametría: cómo crear modelos tridimensionales de bajo costo, con características realistas y fácil manipulación, para su uso en la enseñanza y el diagnóstico médico. *Investigación en Educación Médica*. 2019; 8 (32): 100-111. Disponible en: <https://riem.facmed.unam.mx/index.php/riem/article/view/512>
2. Fotogrametría, evolución y uso. *Global-Mediterránea&Geomática*. 2018. Disponible en: <https://www.globalmediterranea.es/fotogrametría-evolucion-uso/>
3. Moscol GJ, Villaseca CR, Ramos SD, Benites BM. La fotogrametría anatómica como medio de simulación pre quirúrgica en neurocirugía. *Rev Investig Sist Inform*. 2022; 15 (2): 39-48. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/risi.v15i2.24778>
4. Swanson JW. *Global cleft care in low-resource settings*. Cham, Switzerland: Springer Nature; 2021. doi: [org/10.1007/978-3-030-59105-2](https://doi.org/10.1007/978-3-030-59105-2)
5. Lehmann G. *Fotogrametría*. Barcelona: Editores Técnicos Asociados, S.A.; 1975, p. 1-4.
6. Gaxiola-García MA, Kushida-Contreras BH, Sánchez-Mendiola M. Enseñanza de habilidades quirúrgicas: teorías educativas relevantes (segunda parte). *Investigación Educ Médica*. 2022; 11 (42): 95-105. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572022000200095
7. Palmero PJ, Rodríguez GMF. Labio y paladar hendido. Conceptos actuales. *Acta Med Grupo Ángeles*. 2019; 17 (4): 372-379. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032019000400372
8. Fuentes JML. *Fotogrametría digital I* [Internet]. 2009. Disponible en: <http://132.248.52.100:8080/xmlui/handle/132.248.52.100/16280>
9. Puente Espel J, Ortiz Monasterio y Garay F. Análisis fotogramétrico de las alteraciones cartilaginosas y de tejidos blandos nasales en pacientes intervenidos por labio-paladar hendido unilateral. *Cir Plast Ibero-Latinoam*. 2014; 40 (1): 87-92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s0376-78922014000100012>
10. Meazzini MC, Parravicini F, Donati V, Brusati R, Biglioli F, Autelitano L. Photometric evaluation of adult patients with bilateral cleft lip and palate treated with nasoalveolar molding and primary columella lengthening. *Cleft Palate Craniofac J*. 2022; 59 (7): 852-858. Available in: <http://dx.doi.org/10.1177/10556656211024069>

11. Meazzini MC, Chiavenna C, Autelitano L, Garattini G, Brusati R. Photometric evaluation in adolescence of patients with bilateral cleft lip and palate treated with nasoalveolar molding and primary columella lengthening. *Cleft Palate Craniofac J.* 2018; 55 (4): 568-573. doi: 10.1177/1055665617732785.
12. Avilés AR, Lefián CT, Fritz CL, Álvarez PE, Vergara NC. Evaluación de la línea bipupilar en posición natural de la cabeza determinado en fotogrametría estandarizada como examen complementario en

ortodoncia, en pacientes adultos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, Santiago, Chile. *Int. J. Odontostomat.* 2024; 18 (4): 386-392.

Conflicto de intereses: no se declara ningún conflicto de intereses.



Caso clínico

Fibroma irritativo gigante en cavidad oral. Reporte de caso

Giant irritational fibroma in oral cavity. Case report

Dora Luz Rodríguez Padilla,*‡ Roxana Dévora Limones,*‡ Edgar Reyes Méndez*‡§

RESUMEN

Introducción: el fibroma irritativo es una hiperplasia reactiva de tejido conectivo fibroso causada por irritación o daño local, por lo cual no se considera una verdadera neoplasia. Su crecimiento depende del estímulo que lo provoca; esto quiere decir que, en ausencia de estímulo, el crecimiento se detiene. El tamaño de crecimiento por lo general es menor a 1.5 cm, sin embargo, hay algunos reportados de 4-6 cm. Su etiología se debe a trauma, fricción o roce constante, asociado a masticación, restauraciones defectuosas o desbordantes y prótesis dentales mal adaptadas. **Objetivo:** reportar el caso de un fibroma de tamaño irregular, considerado gigante. Presentar sus características clínicas e histológicas. **Presentación de caso:** se presenta el caso clínico de un paciente femenino de 50 años de edad con un aumento de volumen de 10 años de evolución en la región del carrillo derecho, de forma esférica, de 10 cm de diámetro aproximadamente, con crecimiento lento, coloración igual a la de la mucosa adyacente, y dolor leve a la masticación. Se identificó como un fibroma irritativo con previo diagnóstico histopatológico y se llevó a cabo un tratamiento quirúrgico efectivo.

Palabras clave: fibroma gigante, fibroma traumático, lesión benigna oral, tamaño irregular.

ABSTRACT

Introduction: the irritative fibroma is a reactive hyperplasia of fibrous connective tissue caused by local irritation or damage, so it is not considered a true neoplasm. Its growth depends on the stimulus that provokes it; this means that in the absence of a stimulus, growth stops. The size of the growth is generally smaller than 1.5 cm; however, there are some reported cases measuring 4-6 cm. Its etiology is due to trauma, friction, or constant rubbing, associated with biting, defective or overhanging restorations, and poorly fitting dental prostheses. **Objective:** to report the case of a fibroma of irregular size, considered as giant. To present its clinical and histological characteristics. **Case presentation:** a clinical case is presented of a 50-year-old female patient with a volume increase of 10 years of evolution in the right buccal region, spherical in shape, approximately 10 cm in diameter, slow growth, with a coloration similar to that of the adjacent mucosa and mild pain during chewing. It was identified as an irritative fibroma with a prior histopathological diagnosis, and an effective surgical treatment was carried out.

Keywords: giant fibroma, traumatic fibroma, benign oral lesion, irregular size.

* Hospital General de Zacatecas «Luz González Cosío». Zacatecas, Zacatecas, México.

‡ Médico Cirujano Dentista. Pasante de Servicio Social Externo del Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial.

§ Cirujano Maxilofacial. Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial.

Correspondencia:

Edgar Reyes Méndez

E-mail: 64edgareyes@gmail.com

Citar como: Rodríguez PDL, Dévora LR, Reyes ME. Fibroma irritativo gigante en cavidad oral. Reporte de caso. Rev Mex Cir Bucal Maxilofac. 2025; 21 (2): 87-91. <https://dx.doi.org/10.35366/121761>



INTRODUCCIÓN

El fibroma es una hiperplasia reactiva de tejido conectivo fibroso que se desarrolla por una irritación o daño local, por lo cual no se considera una verdadera neoplasia.¹ En cavidad bucal, el fibroma traumático es la lesión más frecuente.

Su crecimiento depende del estímulo que lo provoca; esto quiere decir que, en ausencia de estímulo, el crecimiento se detiene. Esta lesión puede aparecer en zonas de irritación constante, tales como reborde alveolar edéntulo, mucosa de revestimiento, lengua, labios y paladar.² El tamaño del crecimiento es generalmente menor a 1.5 cm, sin embargo, hay algunos reportados de 4-6 cm.³ Los fibromas de gran tamaño son poco comunes y su presentación irregular puede complicar el diagnóstico. Los diagnósticos diferenciales para esta entidad dependen del tamaño y localización de la lesión. Si llega a desarrollar tamaños considerables, se deben establecer diagnósticos diferenciales con otras lesiones como fibromas de células gigantes, mucocelos de gran tamaño, rabdomiomas, leiomiomas, fibromas odontogénicos periféricos y hasta carcinomas espinocelulares.⁴

Los fibromas afectan por igual a ambos sexos, sin embargo, algunos autores aseguran que tienen predominio en el sexo femenino.⁴

Clínicamente aparecen como lesiones ovaladas, sésiles o pediculadas de crecimiento lento, recubiertas por mucosa normal, blanquecina, papilomatosa o inflamada.⁵

Se conoce también como fibroma irritacional, fibroma traumático, hiperplasia fibrosa focal, nódulo fibroso o pólipio fibroepitelial.⁶

La injuria crónica induce inicialmente inflamación seguida por reparación. Si el agente causal persiste, hay una acumulación de colágeno producido por fibroblastos, causando la formación de un tejido celular tipo cicatrizal.⁷

El objetivo del presente artículo es reportar el caso de un fibroma de tamaño irregular, considerado gigante. Se presentan sus características clínicas e histológicas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 50 años de edad que acude a consulta al servicio de Cirugía Maxilofacial en el Hospital «Luz González Cosío» con osteoartritis y fibromialgia de 15 años de evolución, en tratamiento farmacológico. Presenta un aumento de volumen de 10 x 5 cm con 10 años de evolución, localizado en

el reborde alveolar superior. Antecedentes médico-familiares: diabetes mellitus tipo 2 (DM2) por línea materna.

A la exploración clínica se observa lesión cupuliforme en la hemicara derecha de aproximadamente 10 cm. A la exploración intraoral se encuentra: aumento de volumen de color rosa coral, de forma ovoide, de 10 cm de diámetro, indurado, base pediculada, dependiente del reborde alveolar superior derecho en brecha edéntula, presentando ulceraciones dispersas en la superficie, indolora a la palpación, bordes irregulares con crecimiento lento (*Figura 1*). Con dolor leve a la masticación.

Con base en estos hallazgos, se le informa a la paciente de forma detallada, tanto de forma verbal como escrita, a través de un consentimiento informado, sobre la posible etiología y los pasos a seguir para llevar a cabo la escisión quirúrgica de la lesión.

Se programa biopsia incisional bajo anestesia local, obteniendo muestra de 1.5 x 1 x 0.5 cm color blanquecino, aspecto fibroso y consistencia ahulada, la cual se envía a estudio histopatológico (*Figura 2*). El resultado indica que es compatible con fibroma irritativo.

Se inicia protocolo prequirúrgico: biometría, hemática, química, sanguínea y tiempos de coagulación, los cuales se encuentran dentro de los parámetros normales. Se programa para la escisión quirúrgica completa bajo anestesia general, manifestando un mejor manejo y manipulación de la lesión por el tamaño que presentaba (*Figura 3*). Se logra su eliminación total del ligamento periodontal y el periostio, evitando así la posibilidad de recurrencia y complicaciones como obstrucción de la vía aérea o hemorragias intraoperatorias importantes.

Procedimiento quirúrgico

Mediante anestesia general con intubación nasotraqueal, previa asepsia y antisepsia de la región peribucal con yodopovidona, así como previa colocación de taponamiento orotraqueal y campos estériles, se infiltra lidocaína con epinefrina al 2%; posteriormente se realiza corte con electrocauterio, desprendiendo la lesión desde la base pediculada ubicada en la región alveolar de la arcada superior.

En el control postoperatorio, a un mes de la cirugía, se observó reposición total del espesor de la mucosa.

DISCUSIÓN

Los fibromas son lesiones benignas que están compuestas de tejido fibroso o conectivo. Pueden

crecer en todos los órganos, surgiendo del tejido mesenquimatoso. Los aumentos de tejidos blandos intraorales, aislados o focales, ocurren con mayor frecuencia como hiperplasia reactiva y rara vez son de origen neoplásico.⁸

En el caso del fibroma bucal, esto se debe a que la mucosa bucal está sometida a diferentes tipos de traumas crónicos derivados de la masticación, la ingestión de alimentos, el cepillado bucal, la presencia de prótesis y restauraciones, entre otras, las cuales representan su principal factor etiológico.⁴

Desde el punto de vista clínico, es una lesión que se caracteriza por ser elevada, de coloración normal a pálida, debido a una relativa carencia de vasos sanguíneos, y donde la superficie puede ser lisa o ulcerada; esto último depende en gran medida de la localización y tamaño de la lesión. Puede ser sésil o pediculada y su crecimiento es lento, incluso puede mantener el mismo tamaño durante años. Su consistencia puede ser dura o blanda a la palpación, dependiendo de su grado de vascularización y fibrosis, y por lo general se presenta de forma asintomática.⁴

Los fibromas poseen un potencial de crecimiento limitado, que por lo general no excede 1 cm de diámetro y rara vez es mayor de 2 cm. Cuando sobrepasan estas dimensiones se denominan «fibromas gigantes». Se han documentado casos de fibromas traumáticos que alcanzan tamaños considerables, algunos de los cuales pueden superar los 5 cm de diámetro.⁴ Estos casos suelen ser excepcionales y se describen como ejemplos de lesiones inusuales.

La presentación clínica y epidemiología de la mayoría de los crecimientos no neoplásicos en la cavidad oral son similares, por lo que su identificación depende de la diferenciación histopatológica.⁹

La literatura refiere que el rango de edad en el que puede presentarse este tipo de lesión va de los nueve hasta más de 90 años.¹⁰ Histopatológicamente, el fibroma se presenta recubierto por una capa de epitelio escamoso estratificado delgado, acompañado de una atrofia de las crestas epiteliales debido a la masa fibrosa subyacente. Sin embargo, la superficie puede presentar hiperqueratosis debido a la fricción crónica de baja intensidad o mostrar focos de ulceración cuando el trauma es intenso. Este epitelio recubre una masa nodular de tejido conjuntivo fibroso denso formado por abundante colágeno maduro bien organizado, con predominio del tipo I y III, similar

al de las cicatrices, aunque en algunos casos es de naturaleza laxa. Los haces de colágeno pueden estar dispuestos en forma radial o arremolinada, encontrándose entrelazados y mezclados con diversos fibroblastos, fibrocitos y pequeños vasos sanguíneos, pero generalmente se encuentran bien localizados. La lesión no se presenta encapsulada y se encuentra más a menudo por debajo de la superficie epitelial. Por lo general esta inflamación es crónica y se compone principalmente de linfocitos y células plasmáticas.¹¹

En muchos casos podría haber regresión o una ligera disminución del tamaño de la lesión si se remueve el origen de la injuria al tejido blando y si la lesión no tiene un tamaño considerable. Sin embargo, Sapp y colaboradores¹² aseguran que la involución espontánea es improbable debido a que el exceso de colágeno es permanente.⁴

Debido a la inflamación persistente, la epidermis exhibe hiperqueratosis e hiperplasia. En el tejido conectivo, hay hiperplasia focal de fibroblastos maduros y fibras de colágeno densas, con poca o ninguna infiltración de las células inflamatorias.¹

Su tratamiento consiste en extirpar por completo la lesión quirúrgicamente, ya sea con bisturí, electrocauterio o láser.¹

El tratamiento del fibroma de irritación consiste en la eliminación de factores etiológicos relacionados como el descamado de los dientes adyacentes y la escisión quirúrgica agresiva total, junto con el ligamento periodontal y el periostio involucrados, a fin de minimizar la posibilidad de recurrencia. Cualquier irritante identificable, como un aparato dental mal ajustado o una restauración aproximada, deben eliminarse.⁷

El seguimiento postoperatorio a largo plazo es muy importante debido a la alta tasa de recurrencia de lesiones incompletas.⁸

CONCLUSIONES

Existen distintos tipos de lesiones del tejido conjuntivo de la región maxilofacial, los cuales se clasifican de acuerdo al tipo de tejido conjuntivo del que se originan. En el caso del tejido fibroso; dicha clasificación se subdivide de acuerdo al tipo de diferenciación celular en su histopatología, incluyendo de naturaleza hiperplásica, proliferación indeterminada o neoplasias malignas. En el reporte de caso se destaca el tamaño inusual de la hiperplasia fibrosa focal (fibroma por irritación) y la cronicidad sugiere la persistencia prolongada de factores

irritativos locales, posiblemente exacerbados por hábitos orales traumáticos que no fueron abordados en etapas previas.

Resalta la importancia de la detección temprana y el tratamiento de lesiones en la cavidad oral, lo

que puede revelar nuevas características clínicas y tamaños de crecimiento que no se han descrito previamente. El fibroma irritativo puede alcanzar un tamaño considerable y requerir intervenciones más complejas. Esto incentiva una mayor comprensión



Figura 1: A) Lesión cupuliforme dependiente del reborde alveolar superior con base pediculada, ulcerada, color similar al de la mucosa adyacente. B) Vista coronal de paciente con asimetría hemifacial, a expensas de aumento de volumen de la mejilla derecha. C) Vista axial de paciente con asimetría hemifacial.

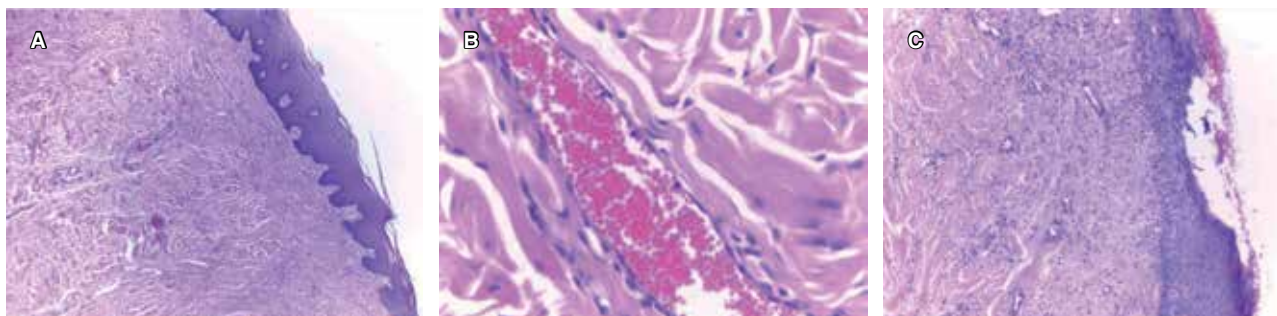


Figura 2: A) Aumento de volumen nodular no encapsulado compuesto de tejido conectivo fibroso con haces de colágeno intercalados con fibroblastos, vasos sanguíneos y células inflamatorias crónicas dispersas. Con vista al microscopio a 10x. B) Ulceración focal del epitelio vista al microscopio a 10x. En la zona inferior derecha se observa ortoqueratinización en límite superficial del estrato espinoso. C) Vaso sanguíneo, células endoteliales, eritrocitos, haces de colágeno y fibroblastos.

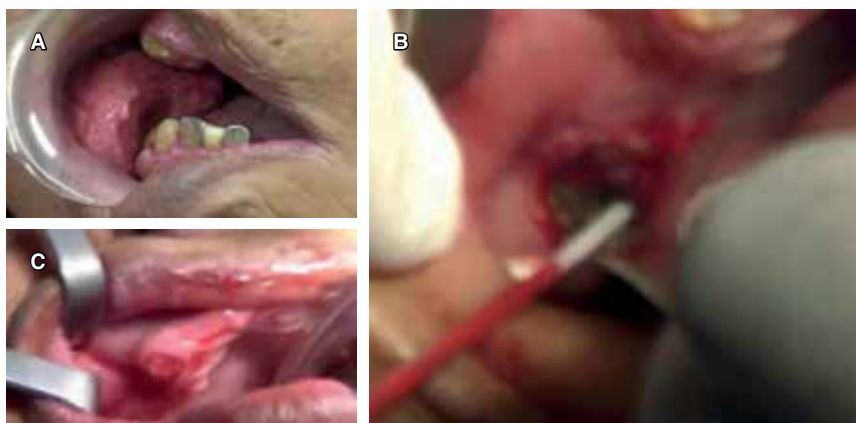


Figura 3:

A) Órganos dentales inferiores con factor etiológico irritativo de la encía superior. B) Procedimiento quirúrgico: corte con electrocauterio de la base pediculada del fibroma. C) Lecho quirúrgico postoperatorio inmediato.

sobre la variabilidad de tamaños en la presentación de estas lesiones.

REFERENCIAS

1. Thakur V, Sharma D, Bhardwaj V, Sachdeva SK. Minimal invasive management of a large gingival fibroma: report of a case. *Int Dent J Stud Res*. 2024; 12 (2): 103-107. doi: 10.18231/j.idjsr.2024.020.
2. Sosa D, Graterol A, Albornoz E, Gudiño R. Fibroma traumático gigante. Reporte de caso. *Lat Am J Oral Maxillofac Surg*. 2023; 3 (3): 133-135. doi: 10.35366/114536.
3. Kumar SR, Gupta S, Saly A. Irritational fibroma in children: a case report. *Pedodontics*. 2023. Disponible en: <https://www.guident.net/articles/pedodontics/IRRITATIONAL-FIBROMA-IN-CHILDREN:-A-CASE-REPORT.html>
4. López-Labady J, Villarroel M, Lázarde J, Rivera H. Fibroma traumático: revisión de la literatura y reporte de dos casos. *Acta Odontol Venez*. 2000; 38 (1): 47-49. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652000000100008
5. Bosch García RJ, López Navarro N, Herrera Acosta E. Tumores benignos de la mucosa oral. *Piel (Barc, Internet)*. 2009; 24 (2): 86-96. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-piel-formacion-continuada-dermatologia-21-articulo-tumores-benignos-mucosa-oral-13133003>
6. Correa PE, Arias-Mendieta S. Resección de fibroma en mucosa oral. Técnica del estrangulamiento (*Resection of fibrous lesion in oral mucosa. Throttling technique*). CES odontol. 2016; 29 (1): 82-87. Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/3926>
7. López-Labady J. Estudio epidemiológico del fibroma traumático en una muestra de la población venezolana durante el período 1991-2001. *Acta Odontol Venez*. 2009; 47 (3): 60-62. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000300011
8. Agarwal M Reader, Muthunagai Reader, Sivasankary PG Std. Unusually huge traumatic or irritation fibroma - A case report. *ClinicalDent*. 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.33882/ClinicalDent.14.25381>
9. Manjunatha VA, Vemanaradhya GG, Kulkarni M, Machetty L. Electro-surgical management of a traumatic fibroma with clinical assessment of re-epithelialization using methylene blue assay: a clinico-histopathological case report. *Natl J Maxillofac Surg*. 2023; 14 (3): 477-481. doi: 10.4103/njms.njms_376_21.
10. Navas-Aparicio M del C, Hernández-Rivera P. Hiperplasia fibrosa focal: lesión benigna de la mucosa oral. Revisión de la literatura. *Rev Estomatol Hered*. 2021; 31 (3): 186-193. doi: <https://doi.org/10.20453/reh.v31i3.4048>
11. Rocafuerte-Acurio MA, Universidad Complutense de Madrid (UCM). España. Fibroma traumático en cavidad oral – una revisión. *Kiru*. 2019; 16 (1): 41-46. doi: 10.24265/kiru.2019.v16n1.07.
12. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 2da ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2005.

Conflicto de intereses: no se declara ningún conflicto de intereses.



Caso clínico

Reconstrucción secundaria de fractura orbitocigomático maxilar consolidada: reporte de caso clínico

Secondary reconstruction of a consolidated orbitozygomaticomaxillary fracture: a clinical case report

Sebastián Cisternas Covarrubias,^{*,‡} Juan Pablo Mendoza Tapia,^{*,§} Patricio Hernández Flores^{*,¶}

RESUMEN

Introducción: las fracturas orbitocigomático maxilares (OCM) representan un patrón común en el trauma facial y, cuando no reciben tratamiento oportuno, pueden consolidarse en una posición inadecuada, comprometiendo tanto la función como la estética del paciente. **Objetivo:** presentar un caso de fractura OCM consolidada tratada con osteotomía correctiva y osteosíntesis, destacando la estrategia quirúrgica y sus resultados. **Presentación de caso:** hombre de 57 años de edad que acude derivado a servicio maxilofacial para tratamiento de fractura OCM originada hace 43 días con secuelas en estética facial y limitación en su dinámica ocular, luego de su valoración clínica preoperatoria se diagnostica como una fractura consolidada. El tratamiento quirúrgico consistió en una refractura controlada de los segmentos óseos desplazados, seguido de su reducción y estabilización en dos puntos anatómicos clave. **Resultados:** la evaluación postoperatoria a los seis meses demostró una restitución de la simetría facial, mejora en la proyección malar y aumento del campo visual del paciente, resultados similares a los

ABSTRACT

Introduction: orbitozygomatic-maxillary (OZM) fractures represent a common pattern of facial trauma. When left untreated, they may consolidate in an inadequate position, compromising both function and facial aesthetics. **Objective:** to present a case of consolidated OZM fracture managed with corrective osteotomy and osteosynthesis, highlighting the surgical strategy and outcomes. **Case presentation:** a 57-year-old male patient was referred to the maxillofacial service for the management of an OZM fracture sustained 43 days prior, presenting with facial aesthetic sequelae and limitation of ocular dynamics. After preoperative clinical evaluation, the case was diagnosed as a consolidated fracture. Surgical treatment consisted of a controlled refracture of the displaced bone segments, followed by reduction and stabilization at two key anatomical points. **Results:** six-month postoperative evaluation demonstrated restoration of facial symmetry, improvement in malar projection, and expansion of the patient's visual field, consistent with outcomes reported in the literature. **Conclusions:**

* Instituto Traumatológico «Dr. Teodoro Gebauer Weisser». Santiago, Región Metropolitana, Chile.

‡ Cirujano dentista, pasante del Servicio de Cirugía Maxilofacial.

§ Implantólogo bucomaxilofacial, pasante del Servicio de Cirugía Maxilofacial.

¶ Cirujano maxilofacial, jefe del Servicio de Cirugía Maxilofacial.

Correspondencia:

Sebastián Cisternas Covarrubias

Las Maravillas 225 edificio 14, departamento 54, Viña del Mar, Región de Valparaíso, Chile, 2520000. Tel: (+569) 5768-8471.

E-mail: dr.cisternasrx@gmail.com lscisternas@miuandes.cl

Citar como: Cisternas CS, Mendoza TJP, Hernández FP. Reconstrucción secundaria de fractura orbitocigomático maxilar consolidada: reporte de caso clínico. Rev Mex Cir Bucal Maxilofac. 2025; 21 (2): 92-97. <https://dx.doi.org/10.35366/121762>



descritos en la literatura. **Conclusiones:** la osteotomía de corrección con placas OTS (pOTS) puede considerarse una alternativa efectiva en la reconstrucción secundaria de una fractura orbitocigomático maxilar consolidada. Se requieren estudios multicéntricos y seguimientos prolongados para validar este abordaje.

Palabras clave: procedimiento quirúrgico reconstructivo, fracturas orbitales, fracturas cigomáticas, fracturas maxilares.

corrective osteotomy with OTS plates (pOTS) may be considered an effective alternative in the secondary reconstruction of consolidated orbitozygomatic-maxillary fractures. Multicenter studies and long-term follow-up are required to validate this approach.

Keywords: reconstructive surgical procedures, orbital fractures, zygomatic fractures, maxillary fractures.

Abreviaturas:

OCM = orbitocigomático maxilar

pOTS = placas de osteosíntesis

INTRODUCCIÓN

En tiempos recientes ha ido en aumento el número de pacientes con traumatismo facial, por lo que las fracturas orbitocigomático maxilares (OCM) se han vuelto lesiones comunes en la cirugía maxilofacial, generalmente causadas por trauma directo, como accidentes automovilísticos, caídas o agresiones por terceros.¹⁻³

En la fractura OCM, el punto de impacto está centrado en el malar, donde cuatro áreas están sometidas a tensión y tienden a fracturarse, tales como el arco cigomático, la sutura cigomático frontal, el pilar cigomático maxilar y el borde orbitario inferior.¹⁻⁴ Estas fracturas afectan tanto la estética facial como las funciones sensoriales y motoras, dado que comprometen estructuras clave como la órbita ocular, el pómulo y la cavidad maxilar.¹⁻⁵ Por lo tanto, el manejo adecuado de estas fracturas es fundamental para evitar complicaciones funcionales y estéticas.³

En el contexto de las fracturas OCM, el uso de placas de osteosíntesis (pOTS) ha demostrado ser una técnica eficaz para garantizar la consolidación de la fractura y prevenir desplazamientos posteriores. Este enfoque quirúrgico ofrece una estabilidad excelente, lo que permite una recuperación más rápida y segura para el paciente. Pero existen casos donde el paciente no puede acceder a la cirugía de manera prematura (durante las primeras tres semanas), por lo que al momento de la consulta ya se formó una mala unión ósea, lo que conlleva deformidades cosméticas (como aplanamiento malar) y problemas funcionales.^{6,7}

Uno de los manejos quirúrgicos utilizados en fracturas óseas consolidadas es la osteotomía de

corrección, técnica que ayuda en el proceso de alineación y para aplicar una nueva fijación.⁷

Sin embargo, la utilización de estas placas en fracturas ya consolidadas sigue siendo un área en constante evolución, y se requiere un análisis detallado para evaluar sus beneficios y limitaciones en estos casos.

Por lo tanto, este estudio tiene por objetivo presentar un caso de fractura OCM consolidada tratada con osteotomía correctiva y pOTS, donde su éxito ha sido poco registrado en la literatura.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Motivo de consulta: hombre de 57 años de edad que acude el día 13-02-2025 al Instituto Traumatológico «Dr. Teodoro Gebauer Weisser» debido a un traumatismo facial secundario a agresión por terceros, originada hace 43 días. Relata no estar conforme con su estética, dificultad para ver hacia la derecha y ocluir de forma distinta (*Figura 1*).

Antecedentes: paciente niega hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades óseas, musculares y articulares.

Examen físico general: el paciente deambula por sus propios medios, con marcha estable y sincrónica. En adecuado estado de conciencia y orientado en tiempo y espacio (escala Glasgow 15). Estado nutricional endomorfo, con índice de masa corporal de 26. Signos vitales dentro de rangos normales: presión arterial 119 mmHg, frecuencia cardíaca 80 lpm, temperatura 36.4 °C y frecuencia respiratoria 17 rpm.

Examen maxilofacial: heridas erosivas en la región supraciliar derecha del tercio superior, con heridas en estado costra y sutura previa (*Figuras 2 y 3*).

Tercio medio: equimosis en la región infraorbitaria derecha, con presencia de escalón óseo en el reborde infraorbitario derecho y dolor a la palpación. El paciente presenta parestesia en la región geniana derecha, con compromiso de los ramos labial, nasal



Figura 1: Imágenes preoperatorias que muestran equimosis infraorbitaria derecha y hundimiento de región cigomática derecha.

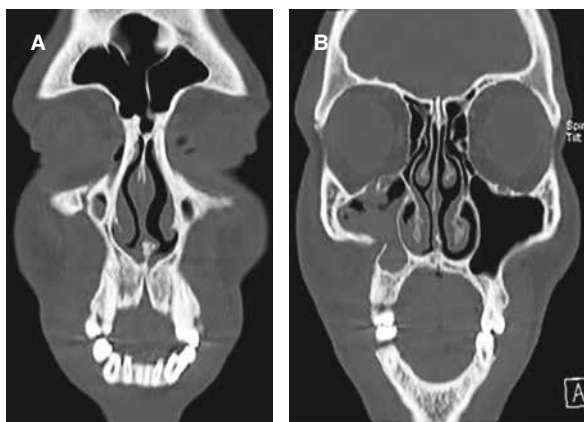


Figura 2: Cortes coronales de tomografía axial computarizada maxilofacial. **A)** Fractura de reborde infraorbitario derecho. **B)** Fractura de proceso cigomático maxilar derecho.

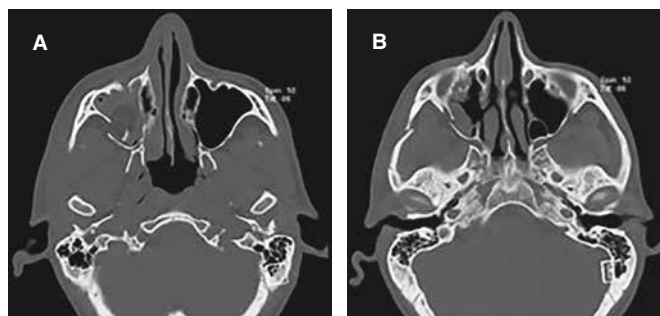


Figura 3: Cortes transversales de tomografía axial computarizada maxilofacial. **A)** Fractura de pared anterior-posterolateral de seno maxilar derecho. **B)** Fractura de arco cigomático derecho.

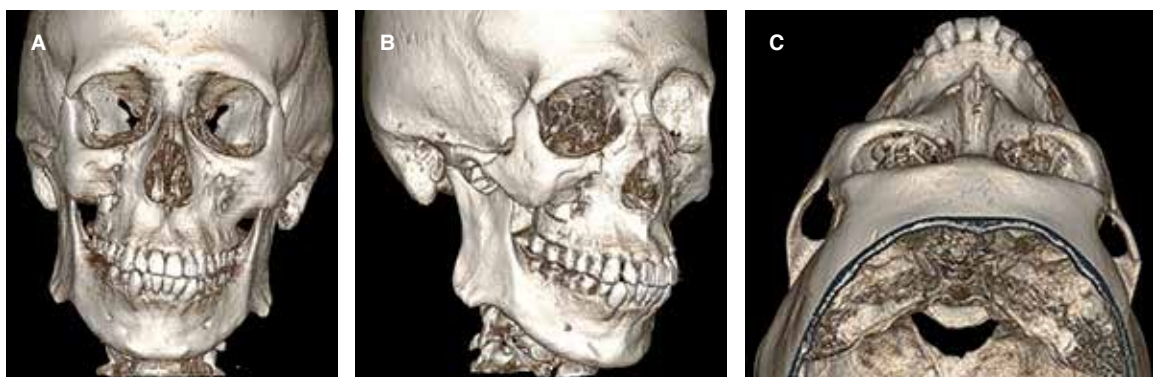
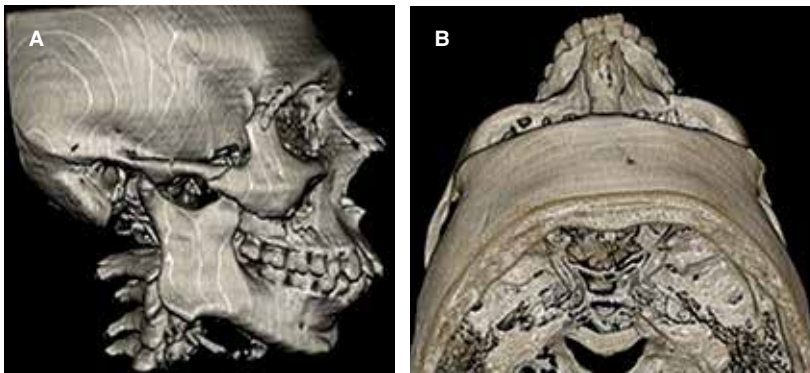


Figura 4: Reconstrucción 3D maxilofacial preoperatoria. **A)** Visión anterior: fractura de reborde infraorbitario derecho y de proceso cigomático maxilar derecho. **B)** Visión anterolateral derecha: fractura de arco cigomático derecho. **C)** Visión superior: hundimiento de complejo cigomático derecho.

Figura 5:

Reconstrucción 3D seis meses postquirúrgica, pOTS fijadas en 2 puntos: sutura frontocigomática derecha y proceso cigomático maxilar derecho.

A) Visión anterior. **B)** Visión anterolateral.

**Figura 6:**

Reconstrucción 3D seis meses postquirúrgica: corrección del hundimiento de reborde infraorbitario derecho. **A)** Visión lateral. **B)** Visión superior.

y palpebral. Se aprecia hundimiento leve en las regiones malar e infraorbitaria derechas. Asimismo, se constatan heridas erosivas en la región preauricular derecha, con herida estado costra y cierre quirúrgico previo.

Examen ocular: el paciente refiere limitación en la motilidad ocular al dirigir la mirada hacia la derecha. La agudeza visual se encuentra conservada. No se evidencia diplopía en visión frontal ni lateral, el reflejo fotomotor es positivo. El caso cuenta con pase y alta médica desde la unidad de trauma ocular para evaluación especializada por cirugía maxilofacial.

Tercio inferior: la apertura bucal se encuentra dentro de parámetros normales, con dinámica mandibular conservada, presentando dolor únicamente en apertura máxima.

Examen intraoral: equimosis en la mucosa labial inferior derecha y desviación leve hacia la izquierda durante la apertura máxima. No se observa movilidad en bloque del maxilar durante la

manipulación. El paciente refiere alteración en la oclusión, corroborándose la presencia de un tope molar posterior derecho.

Estudios complementarios

Se realizó tomografía computarizada (TAC) maxilofacial con reconstrucción tridimensional (3D) en las etapas preoperatoria y postoperatoria (a los seis meses de seguimiento). El electrocardiograma evidenció ritmo sinusal. Los exámenes de laboratorio se encontraron dentro de los rangos fisiológicos de normalidad (*Figuras 4 a 6*).

Diagnóstico

Fractura orbitocigomático maxilar derecha consolidada. Se consideró como fractura consolidada utilizando los criterios clínicos que presentaba el paciente como ausencia de dolor, inmovilidad de los fragmentos fracturados y buen control de hemosis.

tasia. Además, fue relevante la cantidad de días transcurridos desde origen del trauma.

Tratamiento

En pabellón central bajo anestesia general, intubación nasotraqueal en narina izquierda. Antisepsia de tejido mucocutáneo facial con povidona yodada 10%, conformación de campos estériles. Demarcación de incisión e infiltración anestésica con lidocaína al 2%, aplicación de un tubo subcutáneo en párpado superior derecho y dos tubos en fondo de vestíbulo maxilar derecho. Abordaje blefaroplastia derecha. Incisión con bisturí frío sobre herida. Diéresis roma y luego en pilar frontocigomático derecho se observa el rasgo de fractura sin desplazamiento. Se realiza osteotomía con cincel para separar fragmentos fracturados. Se posiciona placa Synthes sistema 1.5 de 5 orificios, perfil 0.5 mm. Se tracciona malar en sentido cefálico desde cabo inferior de fractura. Se realiza fresado y se posicionan 4 tornillos de 5 mm. Se confirma reducción de fractura eseno cigomática.

Se realiza un abordaje de vestibulotomía derecha con electrobisturí en fondo de vestíbulo, decolado mucoperióstico hasta exposición ósea maxilar y cigomática. Se observa fractura de unión de ambos huesos con desplazamiento posterior. Se reduce cigoma. Se posiciona placa en L, ocho orificios y puente intermedio, placa synthes sistema 1.5, perfil 0.5 mm. Se posicionaron dos tornillos 6 mm y tres tornillos de 5 mm. Se confirma reducción de fracturas.

Mediante abordaje blefaroplastia, se accede a fosa temporal. Se desimpacta arco cigomático. Reducción de fractura manual mediante legra. Se evidencia buen contorno facial.

Cierre de abordaje vestibulotomía con Vicryl 4-0. Puntos continuos. Cierre de abordaje blefaroplastia por planos. Planos profundos muscular y subcutáneo con Vicryl 4-0. Sutura de piel con prolene 6-0 punto continuo.

DISCUSIÓN

El macizo facial alberga estructuras anatómicas vitales, por lo que sus fracturas requieren diagnóstico precoz y manejo oportuno. La mayoría son secundarias a traumatismos de alta energía y con frecuencia se asocian a otras lesiones.⁸ Dentro de ellas, las fracturas OCM con compromiso orbitario han incrementado su incidencia.^{1,4,5}

Las fracturas OCM afectan tanto la función visual como la estética facial, particularmente el ancho transversal por desplazamiento del malar.⁵ Cuando requieren cirugía, la reducción se recomienda en las primeras 2-3 semanas para evitar consolidación viciosa; sin embargo, Lu y colaboradores² reportaron casos de reconstrucción diferida hasta 93 meses, atribuidos al acceso tardío a atención especializada.

En el presente caso, la falta de reducción temprana generó consolidación en mala posición con limitación del campo visual hacia la derecha y hundimiento malar, acompañado de edema y equimosis periorbitaria. Hallazgos similares han sido descritos por Lu y colaboradores² y Vahidi y su equipo.⁷

Para fracturas consolidadas, la técnica indicada corresponde a osteotomías de corrección, mediante cinceles para restablecer la alineación ósea en casos de mala unión.⁷ Esta intervención resulta esencial cuando existen deformidades estéticas o alteraciones funcionales como la maloclusión. En el caso descrito, el paciente recuperó simetría facial, proyección malar y adecuada oclusión posterior.

El tratamiento quirúrgico mediante pOTS obtiene mejores resultados en simetría cuando se fijan múltiples puntos en comparación con un único sitio, como demuestra Raghoobar y su equipo.⁹ No obstante, la fijación múltiple puede incrementar el tiempo operatorio y las complicaciones asociadas.

Kiemle Trindade y colaboradores¹⁰ reportaron fijación en tres zonas (sutura frontocigomática, borde infraorbitario y pilar cigomático maxilar) en 46% de los casos. Sin embargo, cuando la estabilidad se logra con 1 o 2 puntos, no es necesario un tercero.¹⁰ En este caso se obtuvo adecuada estabilidad con fijación en dos puntos: pilares frontocigomático y cigomático maxilar.

La selección de dichos puntos obedeció a los signos clínicos observados, concordantes con los criterios descritos por Schneider y colaboradores,¹¹ donde la fijación en la sutura frontocigomática permite recuperar la proyección lateral del malar y en la cresta cigomático maxilar estabilizar la oclusión.

La parestesia del nervio infraorbitario observada constituye la complicación más frecuente en estas fracturas encontrada en la literatura, atribuida principalmente al trauma inicial más que al procedimiento quirúrgico.¹⁰

Finalmente, a los seis meses postoperatorios, el paciente presentó mejoría del campo visual y proyección malar con resultado estético satisfactorio, corroborado clínicamente considerando la percepción del paciente y por TAC con reconstruc-

ción 3D. Así, incluso en fracturas consolidadas, la osteotomía con fijación en dos puntos permitiría recuperar función y estética.

Pese a los resultados favorables del presente caso, se requieren estudios longitudinales que validen la eficacia de estas técnicas en fracturas OCM consolidadas.

CONCLUSIONES

El manejo quirúrgico de las fracturas orbitocigomático maxilares consolidadas mediante osteotomía de corrección y fijación con pOTS puede considerarse una alternativa efectiva en casos seleccionados para restaurar la estructura ósea y mejorar la funcionalidad del sujeto. En este caso, se logró una adecuada proyección malar, simetría facial y una mejoría en el campo visual. La correcta planificación y ejecución de la cirugía permitieron minimizar complicaciones y optimizar los resultados estéticos y funcionales. Por lo tanto, este reporte de caso permite aportar evidencia a un área con pocos reportes publicados; sin embargo, para estandarizar el protocolo quirúrgico y validar los resultados obtenidos, se requiere de estudios multicéntricos y seguimientos postoperatorios más prolongados.

Conflicto de intereses: no se declara ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Castillo CMG, Flores VJL, González OA, Cervantes GG, Cervantes CGA, Ramírez SMV et al. Fracturas faciales, manejo quirúrgico y resultados en un hospital de tercer nivel. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac.* 2021; 43 (3): 96-100.
2. Lu W, Zhou H, Xiao C, Shen Q, Lin M, Fan X. Late correction of orbital-zygomatic-maxillary fractures combined with orbital wall fractures. *J Craniofac Surg.* 2012; 23 (6): 1672-1676.
3. Morales ND, Grau LIB. Fracturas del complejo cigomático. *Rev Cubana Estomatol.* 2019; 56 (1).
4. Cruz AAV, Eichenberger GCD. Epidemiology and management of orbital fractures: *Curr Opin Ophthalmol.* 2004; 15 (5): 416-421.
5. Peretti N, MacLeod S. Zygomaticomaxillary complex fractures: diagnosis and treatment. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017; 25 (4): 314-319.
6. Ellis E 3rd, Reddy L. Status of the internal orbit after reduction of zygomaticomaxillary complex fractures. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004; 62 (3): 275-283.
7. Vahidi N, Kwak P, Sismanis D, Schuman T, Hawkins D, Lee TS. Management of complications and secondary deformity after fractures of the midface, orbit, and upper third of the maxillofacial skeleton. *Otolaryngol Clin North Am.* 2023; 56 (6): 1151-1167.
8. Marcelo MM, Fernández TMA, Bravo AR, Pedemonte TC, Ulloa MC. Traumatología máxilo facial: diagnóstico y tratamiento. *Rev Med Clin Condes.* 2011; 22 (5): 607-616.
9. Raghoobar II, Rozema FR, de Lange J, Dubois L. Surgical treatment of fractures of the zygomaticomaxillary complex: effect of fixation on repositioning and stability. A systematic review. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2022; 60 (4): 397-411.
10. Trindade PAK, Vieira EH, Gabrielli MAC, Gabrielli MFR, Pereira-Filho VAT. *Int J Odontostomatol.* 2012; 6 (3): 255-262.
11. Schneider M, Besmens IS, Luo Y, Giovanoli P, Lindenblatt N. Surgical management of isolated orbital floor and zygomaticomaxillary complex fractures with focus on surgical approaches and complications. *J Plast Surg Hand Surg.* 2020; 54 (4): 200-206.



Clinic case

Chronic fibrovascular proliferation on the hard palate of a patient with Angelman syndrome: what is the cause? Case video report

Proliferación fibrovascular en paladar duro en un paciente con síndrome de Angelman: ¿cuál es la causa? Video reporte de caso

Rolando José Altamiranda Avendaño,* Gerardo Meza-García†

ABSTRACT

The oral mucosa is persistently subjected to external and internal stimuli that can lead to the development of a wide range of lesions due to chronic, low-grade irritation. Angelman Syndrome (AS) has its own distinct oral and facial features. This video case report presents a 30-year-old male patient with AS and a particular parafunctional oral habit, which caused a chronic erythematous lesion that was discovered during a routine oral cleaning, leading to a consultation with a specialist. This lesion is not a clinical feature of Angelman syndrome itself, but rather a finding related to this specific patient. We believe that periodically and thoroughly evaluating the oral health of neurological patients with parafunctional habits is crucial for detecting pathological changes in the oral cavity.

Keywords: Angelman syndrome, fibrous tissue, hard palate, oral habit.

RESUMEN

La mucosa oral está sometida persistentemente a estímulos externos e internos que pueden conllevar al desarrollo de una amplia gama de lesiones debidas a la irritación crónica de bajo grado. El síndrome de Angelman (SA) tiene sus propias características orales y faciales. Este video reporte de caso nos muestra un paciente del sexo masculino de 30 años de edad con SA y un hábito oral parafuncional en particular, que causa una lesión eritematosa crónica encontrada en una limpieza oral de rutina y que derivó en una consulta con un especialista. Esta no es una característica clínica del síndrome de Angelman sino una relacionada a este paciente. Creemos importante la valoración oral periódica y concisa de los pacientes neurológicos con hábitos parafuncionales en busca de cambios patológicos en la cavidad oral.

Palabras clave: síndrome de Angelman, tejido fibroso, paladar duro, hábito oral.

* Oral and Maxillofacial Surgeon. Private practice.

† Specialist in Oral Pathology. Universidad Regional del Sureste. Oaxaca, Mexico.

Correspondence:

Rolando José Altamiranda Avendaño

Avenida Nicolás Bravo 1068, Plaza Abi, Local dos, Colonia Progreso, Cuauhtémoc, C.P. 31550, Chihuahua, Mexico.

E-mail: Rolandoaltamiranda@gmail.com; rolandoaltamiranda@hotmail.com

How to cite: Altamiranda ARJ, Meza-García G. Chronic fibrovascular proliferation on the hard palate of a patient with Angelman syndrome: what is the cause? Case video report. Rev Mex Cir Bucal Maxilofac. 2025; 21 (2): 98-102. <https://dx.doi.org/10.35366/121763>



INTRODUCTION

The oral mucosa is often exposed to external and internal stimuli that can lead to the formation of various lesions caused by low-grade chronic irritation.¹ Erythematous lesions can arise from various tissue alterations, such as inflammation, erythrocyte extravasation, atrophy, and reduced keratinization of the surface epithelium. Reactive processes include pyogenic granuloma, peripheral giant cell granuloma, localized spongiotic gingival hyperplasia, denture stomatitis, erythematous candidiasis, and inflammatory papillary hyperplasia.²

In 1965, English physician Harry Angelman described a rare condition affecting three children who exhibited seven characteristics: a depression in the occipital region of the skull, primary optic atrophy with incomplete choroid development, abnormal air encephalograms indicative of cerebral atrophy, mental retardation, paroxysmal laughter, ataxia, and the ability to protrude the tongue.^{3,4} Originally, the children were called «puppet children», a term that was later changed to Angelman Syndrome (AS).⁴

This severe neurodevelopmental disorder has a genetic cause, the loss of expression of the ubiquitin protein ligase E6-AP in the brain, which is typically due to a deletion of the maternal 15q11-q13 region.^{5,6} Traits include blue eyes, fair/blond hair, microcephaly, an elongated face, maxillary hypoplasia, prognathism, a large mouth, protruding tongue, deep-set eyes, and strabismus. However, signs vary greatly among cases.⁶

This case video report discusses the possible cause of chronic fibrovascular proliferation in the hard palate of an AS patient with a special parafunctional oral habit. Fibrovascular lesions are not among the characteristics of AS and are unusual among these patients.

CASE REPORT

A 30-year-old man with AS presented for consultation at an oral and maxillofacial surgery clinic for a violaceous spot on his hard palate that was discovered during a routine dental cleaning (*Figure 1*). Written consent was obtained from his family members for the use of pictures, videos, and all media that could be used to describe the case.

All patient data were obtained through interrogation of family members. His maternal medical history was irrelevant. The patient is the youngest of three siblings. His birth weight was 2.800 kg (6.1 pounds) and his APGAR score was unknown.

The mother recounted that something was not right after the baby was born. The patient experienced delayed neurological and motor development. By the time he was 6 months old, he could not sit up by himself. His pediatrician recommended physical therapy. A prolonged crying episode led to a neurological consultation, during which cranial magnetic resonance imaging revealed hydrocephalus. At one year and six-months-old, he underwent surgery to create a ventriculoperitoneal shunt valve. Physical and neurological development did not show significant improvement even after rigorous physical therapy. He began crawling at two-years-old and walking at three-years-old. Around that time, he started fluttering both hands. He exhibited aggressive behavior and physical hyperactivity daily.

He sustained a right femoral fracture at the age of 21 after jumping on a bed. The treatment involved the placement of an intramedullary nail, which was performed without complications. In April 2017, he underwent surgery on his nasal turbinates and septum to address persistent nasal obstructions. In 2019, he was diagnosed with AS by a geneticist.

Since his diagnosis, he was followed a sugar-free and fluoride-free diet, and his behavior has improved. His mother and other family members ensure that he has daily baths and oral care at least twice daily. He receives dental care at a clinic every six months, with mobility restrictions managed by the oral hygienist and family members. Currently, he primarily receives medical care from an endocrinologist and a neurologist. He takes 15 mg of mirtazapine daily, 300 mg of carbamazepine in the morning, and 400 mg at bedtime, and he receives a monthly intramuscular injection of 125 mg of testosterone enanthate to address his low testosterone levels.

A physical examination revealed a marked inability to maintain attention, frequent laughter, an affectionate demeanor toward family members, uncoordinated movements, drooling a lack of speech, and tongue-trusting behavior, which his family members refers to as a «chirping habit». This parafunctional oral habit is chronic; the patient thrusts his tongue against the upper front teeth and anterior hard palate, while sucking his hard palate, which produces a sound similar to «cricket's chirping» (*Video 1*).

An intraoral examination revealed wide dental arches, a class 3 malocclusion, and generally good oral hygiene. A violaceous spot, measuring approximately 12 × 12 mm, was noted on the anterior part of the hard palate; it was slightly elevated,



Figure 1: Phenotypic features of the patient. A photograph at the time of the first consultation revealed traits such as blue eyes, microcephaly, elongated face, maxillary hypoplasia, prognathism, a large mouth, protruding tongue, and deep-set eyes.



Video 1.



Figure 2: A violaceous spot on the anterior part of the hard palate, which measured 12 × 12 mm, slightly elevated, non-ulcerated with undefined limits.

Figure 3:

A sagittal view of the computed tomography. It did not reveal bone erosion, palatal bone pathology, or any other pathologies.

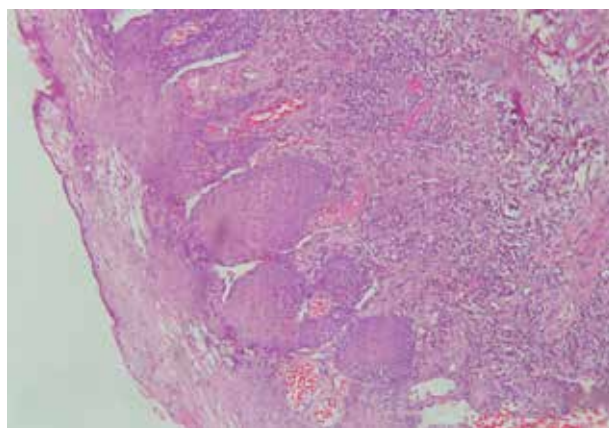


Figure 4: Hematoxylin and eosin staining revealed vascularized connective fibrous tissue with a chronic inflammatory infiltrate.

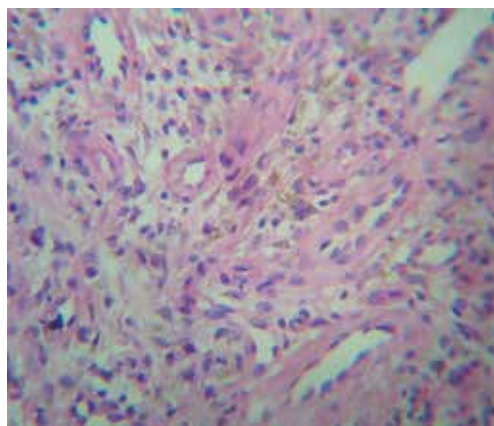


Figure 5: Evidence of recent and old hemorrhage, covered partially by parakeratinized stratified squamous epithelium with spongiosis, which indicates a chronic inflammatory process with old hemorrhage and fibrosis.

nonulcerated, and had undefined borders (Figure 2). This spot was first observed during a routine dental hygiene appointment and has remained unchanged over time. No other similar spots or pathological alterations of the oral mucosa were found. The remainder of the physical evaluation was unremarkable. Several inflammatory conditions and neoplasms were considered as potential causes of the violaceous spot.

A computed tomography did not show bone erosion, palatal bone pathology, or any other pathologies in the surrounding areas that might explain the origin of the palatal lesion (Figure 3).

An incisional biopsy was then performed under local anesthesia, with the patient's movements restricted by nurses and family members. A biopsy specimen was examined microscopically, which revealed well-vascularized connective fibrous tissue with chronic inflammatory infiltrate consisting of macrophages, histiocytes, plasma cells, and lymphocytes, thick collagen fibers arranged irregularly, and evidence of recent and old hemorrhage, which was partially covered by parakeratinized stratified squamous epithelium with spongiosis. These findings indicated a chronic inflammatory process involving old hemorrhage and fibrosis (Figures 4 and 5).

Biopsy results were discussed with the family members, and several appointments confirmed that the lesion persisted without any remarkable change. Therefore, in the absence of evidence regarding its origin, the chronic parafunctional oral habit was believed as the likely cause of the lesion.

DISCUSSION

The hard palate can be affected by various conditions. Due to the inherent circumstances of the patient with AS, information about the origin of his palatal lesion was limited to questioning his family members. Consequently, a process of elimination was necessary to consider all potential causes of the lesion.

In this case, several inflammatory conditions that may arise in the hard palate were considered, including erythema multiforme, polyarteritis nodosa, and Wegener's disease.⁷⁻⁹ Several tumors were also considered as potential causes of the palatal lesion, such as extranodal lymphoma,¹⁰ intraoral minor salivary gland tumor,¹¹ and Kaposi's sarcoma.¹²

The hard palate can be also the site of masses related to locoregional infections with a dental or periodontal origin.¹³ Additionally, metastasis from

different distal tumors, such as gastrointestinal stromal tumors,¹⁴ renal cell carcinoma,¹⁵ and hepatic carcinoma,¹⁶ can occur in the maxillofacial region. However, none of the aforementioned conditions appear to be related to the present case.

Subsequently, a response to local trauma or local irritation was thought to be the cause of the lesion. No dental prostheses or intraoral devices were found during the physical examination, nor were they mentioned by family members. The family was aware of the chronic parafunctional oral habit, which was observed during the physical examination. He developed the habit at 12-13 years old and engages in it daily for several minutes, followed by brief interruptions before resuming while awake. This chronic lesion is proposed to be due to the incomplete healing of a self-inflicted lesion caused by a persistent habit, specifically a chronic irritation fibroma. Irritation fibromas are not neoplasms but rather localized hyperplasias of fibrous tissue caused by chronic irritation.^{17,18}

CONCLUSION

Although this case does not present any new features of AS or a new oral condition, it is a peculiar case in that a chronic involuntary movement arising from a well-known syndrome leads to a self-inflicted palatal injury that persists as long as the patient continues the habit. Due to the potential for further changes in the epithelium of the hard palate, periodic evaluations are essential. Comprehensive oral care for neurological patients must include identifying parafunctional oral habits and the possible development of oral pathologies.

REFERENCES

1. Lakkam BD, Astekar M, Alam S, Sapra G, Agarwal A, Agarwal AM. Relative frequency of oral focal reactive overgrowths: an institutional retrospective study. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2020; 24 (1): 76-80.
2. McNamara KK, Kalmar JR. Erythematous and vascular oral mucosal lesions: a clinicopathologic review of red entities. *Head Neck Pathol.* 2019; 13 (1): 4-15.
3. Angelman H. "Puppet" children: a report on three cases (1965). *Dev Med Child Neurol.* 2008; 50 (8): 564.
4. Maranga C, Fernandes TG, Bekman E, da Rocha ST. Angelman syndrome: a journey through the brain. *FEBS J.* 2020; 287 (11): 2154-2175.
5. Berg EL, Pride MC, Lee RD, Copping NA, Shen Y, Adhikari A et al. Translational outcomes in a full gene deletion of ubiquitin protein ligase E3A rat model of Angelman syndrome. *Transl Psychiatry.* 2020; 10 (1): 39.
6. Fujimoto M, Nakamura Y, Hosoki K, Iwaki T, Sato E, Ieda D et al. Genotype-phenotype correlation over time in Angelman syndrome:

- researching 134 patients. *Hum Genet Genom Adv.* 2024; 5 (4): 100342.
7. Zilberman I, Zilberman U. The effect of Angelman syndrome on enamel and dentin mineralization. *Spec Care Dentist.* 2020; 40 (6): 574-579.
 8. Aswath N, Rakshana R. Drug induced erythema multiforme of the oral cavity. *Arch Clin Cases.* 2022; 9 (4): 157-160.
 9. Ortu E, Pietropaoli D, Baldi M, Marzo G, Giannoni M, Monaco A. Polyarteritis nodosa involving the hard palate: a case report. *J Med Case Rep.* 2013; 7: 79.
 10. Allen CM, Camisa C, Salewski C, Weiland JE. Wegener's granulomatosis: report of three cases with oral lesions. *J Oral Maxillofac Surg.* 1991; 49 (3): 294-298.
 11. Andreou A, Thermos G, Sklavounou-Andrikopoulou A. Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type with palatal involvement: a rare case report and literature review. *Head Neck Pathol.* 2021; 15 (2): 621-627.
 12. Steuer CE, Hanna GJ, Viswanathan K, Bates JE, Kaka AS, Schmitt NC et al. The evolving landscape of salivary gland tumors. *CA Cancer J Clin.* 2023; 73 (6): 597-619.
 13. Sakina G, Liew YT. Kaposi's sarcoma of the palate. *QJM.* 2022; 114 (12): 896-897.
 14. Sumer AP, Celenk P. Palatal abscess in a pediatric patient: report of a case. *Eur J Dent.* 2008; 2 (4): 291-293.
 15. Maria OM, Alghamdi O, Baabdullah R, El-Hakim M, Al-Halabi H, Makhoul NM. Gastrointestinal stromal tumor with maxillary metastasis: a case report and literature review. *Rev Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2022; 133 (1): e1-e5.
 16. Nakako Y, Fujimoto T, Wada H, Yoshihama N, Kami Y, Fujii S et al. Oral metastatic tumor (renal cell carcinoma) in maxillary gingiva: a case report and systematic review. *J Oral Maxillofac Surg Med Pathol.* 2025; 37 (4): 839-848.
 17. Ngokwe ZB, Bienvenue NN, Catherine EE, Stephane NK, Valérie MC, Claude MA. Oral metastasis of a human chorionic gonadotrophin secreting primary hepatic carcinoma. *Oral Maxillofac Surg Cases.* 2023; 9 (3): 100321.
 18. Amano R, Saruta J, Sakaguchi W, Kubota N, Fuchida S, Tsukinoki K. Histopathological analysis of the association between mucosal epithelial changes and the lamina propria vascular network in irritation fibroma. *J Oral Biosci.* 2021; 63 (3): 278-283.

Conflict of interests: the authors declare that they have no conflict of interest.



Revista Mexicana de

Cirugía Bucal y Maxilofacial

Bibliotecas e Índices en los que ha sido registrada

Medigraphic, Literatura Biomédica

<http://www.medigraphic.org.mx>

Biblioteca de la Universidad de Regensburg, Alemania

<http://www.bibliothek.uni-regensburg.de/ezeit/fl.phtml?notation=WW-YZ&bibid=ZBMED&colors=3&frames=&toc=&ssg=>

LATINDEX. Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

<http://www.latindex.org/>

Biblioteca del Instituto de Biotecnología UNAM

<http://www.biblioteca.ibt.unam.mx/revistas.php>

Fundación Ginebrina para la Formación y la Investigación Médica, Suiza

http://www.gfmer.ch/Medical_journals/Revistas_medicas_acceso_libre.htm

Google Académico

<http://scholar.google.com.mx/>

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin WZB

<http://www.wzb.eu/de/bibliothek/bestand-recherche/elektron-zeitschriften>

Virtuelle Bibliothek Universität des Saarlandes, German

<http://www.sulb.uni-saarland.de/de/suchen/zeitschriften/fachspezifische-suche-in-ezb/?libconnect%5Bsubject%5D=23>

Biblioteca electrónica de la Universidad de Heidelberg, Alemania

<http://rzblx1.uni-regensburg.de/ezeit/search.phtml?bibid=UBHE&colors=3&lang=de>

Biblioteca de la Universidad de Bielefeld, Alemania

https://www.digibib.net/jumpton?D_SERVICE=TEMPLATE&D_SUBSERVICE=EZB_BROWSE&DP_COLORS=7&DP_BIBID=UBBIE&DP_PAGE=search&LOCATION=361

Mercyhurst University. Hammermill Library. Erie, Pennsylvania

<http://services.trueserials.com/CJDB/MERCYHURST/browse>

Memorial University of Newfoundland, Canadá

http://www.library.mun.ca/copyright/index_new.php?showAll=1&page=1

Research Institute of Molecular Pathology (IMP)/Institute of Molecular Biotechnology (IMBA)

Electronic Journals Library, Viena, Austria

http://cores.imp.ac.at/max-perutz-library/journals/details/?tx_ezbfepi3%5Bjournal_id%5D=168594&cHash=5a74dd65593bc24ff788c2626e9f07d1

medigraphic

Literatura Biomédica



Más de 77,000 artículos disponibles en versión completa



<https://www.medigraphic.com>



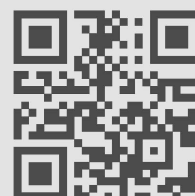
Facebook: MedigraphicOficial

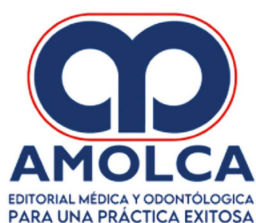


Instagram: medigraphic.lb



Twitter: medigraphic_o





Dentaflox[®]

CONTROL INTENSIVO

ENCÍAS SANAS,
protección *completa*



Profesionales en el **control** de la salud bucal

Aviso de Publicidad No. 2415112002D00206. Material exclusivo para el profesional de la salud.

