



**LESIONES ESTOMATOLÓGICAS QUE PRESTAN
CONFUSIÓN AL ODONTÓLOGO GENERAL Y GENERAN
DERIVACIÓN ERRÓNEA AL PERIODONCISTA**

TUTORA: Dra. María Isabel BRUSCA

TESISTA: Od. Silvia Rosana ESTELA

TÍTULO A OBTENER: ESPECIALISTA EN PERIODONCIA

**FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
DICIEMBRE AÑO: 2024**

Agradecimientos

Desde siempre me interesaron las lesiones en tejidos blandos. Tanto en zonas vecinas a las piezas dentarias como zonas que conforman el tejido de soporte y de protección de las mismas.

Estuve muchos años navegando en este terreno como odontóloga general sin poder definir mi especialidad. Posiblemente en estos últimos tres años haya definido mi deseo de integrar la odontología general, los avances en ella, como la implantología, y su relación con los tejidos blandos que constituyen toda la boca en sí. Como siempre me digo somos un todo. No somos unos dientes caminando.

El año 2022 fue un quiebre, estando ya en la especialidad, me tropecé con una lesión en el área retromolar, la cual derivaría en un carcinoma espinocelular con una velocidad de propagación aterradora y una finalización muy tortuosa y dolorosa. Es a esa persona que tengo siempre en mente, amiga que me dio la vida, mujer luchadora incansable que le dedico el presente trabajo. A vos Lorena Vanina Rodríguez, mi cariño, mi amistad, mi admiración.

Índice

Agradecimientos.....	2
Índice.....	3
Introducción.....	4
Gingivitis y Enfermedad Periodontal.....	4
1. Por tejido afectado:.....	6
2. Por etiología:.....	8
3. Por manifestación clínica:.....	8
4. Por potencial maligno:.....	8
Preguntas de estudio.....	9
Objetivos.....	10
Objetivo General:.....	10
Objetivos Específicos:.....	10
Justificación del Estudio.....	10
Materiales y Métodos.....	10
Estrategia de Búsqueda.....	10
Criterios de Inclusión y Exclusión.....	11
Selección de Estudios.....	11
Extracción de Datos.....	11
Análisis de Datos.....	12
Resultados.....	12
HIPERPLASIA Y LEUCEMIA AGUDA.....	14
LEIOMIOSARCOMA EN ENCIA:.....	14
METASTASIS GINGIVAL DE CARCINOMA HEPATOCELULAR PRIMARIO.....	22
REVISIÓN DE LA LITERATURA DE 30 CASOS:.....	22
REPORTE DE CASO:.....	24
LEUCEMIA.....	24
REPORTE DE CASO.....	25
SARCOMA MIELOIDE.....	26
DISCUSIÓN.....	30
CONCLUSIÓN.....	31
Bibliografía.....	32

Introducción

El diagnóstico preciso de las lesiones estomatológicas es fundamental para el éxito del tratamiento odontológico. Sin embargo, la variabilidad clínica de estas lesiones y la similitud de sus manifestaciones iniciales pueden dificultar su identificación, llevando a confusiones diagnósticas y, en consecuencia, a tratamientos inadecuados. En particular, las lesiones que afectan los tejidos periodontales pueden presentar características clínicas que imitan a otras patologías, lo que representa un desafío para los profesionales de la odontología.

Los tejidos blandos y las estructuras de soporte y protección de las piezas dentales han sido históricamente objeto de estudio de los periodoncistas y estomatólogos, pero el límite entre sus áreas de expertise, en muchas situaciones, no es tan preciso.

En particular, las lesiones tumorales que se manifiestan inicialmente como un aumento de volumen, ulceraciones o sangrado gingival presentan un desafío diagnóstico, ya que pueden confundirse fácilmente con procesos inflamatorios como la gingivitis o la periodontitis.

Esta revisión sistemática tiene como objetivo identificar y caracterizar las lesiones tumorales que con mayor frecuencia se presentan con estas características clínicas, analizando sus características histopatológicas y los factores que pueden contribuir a un diagnóstico diferencial erróneo. Los resultados de esta investigación permitirán mejorar el conocimiento de los odontólogos sobre estas lesiones y facilitar un diagnóstico más preciso y oportuno, evitando así retrasos en el tratamiento y mejorando el pronóstico de los pacientes.

Gingivitis y Enfermedad Periodontal

La enfermedad periodontal es una afección crónica que afecta los tejidos de soporte de los dientes, como el hueso alveolar y el ligamento periodontal. Se caracteriza por la inflamación y destrucción progresiva de estos tejidos, y se manifiesta clínicamente como gingivitis y periodontitis. La gingivitis, etapa inicial de la enfermedad, se caracteriza por la inflamación de las encías, que se enrojecen, se hinchan y pueden sangrar con facilidad. La periodontitis, por su parte, implica una destrucción más avanzada del tejido periodontal, con pérdida de hueso alveolar y formación de bolsas periodontales.

La enfermedad periodontal es una afección multifactorial causada principalmente por la acumulación de biopelícula bacteriana, también conocida como placa dental. Esta biopelícula contiene diversas bacterias que, al interactuar con el sistema inmunológico del huésped, desencadenan una respuesta inflamatoria crónica que daña los tejidos periodontales. Otros factores de riesgo asociados con la enfermedad periodontal incluyen el tabaquismo, la diabetes mellitus, el estrés, la genética y ciertos medicamentos.

La clasificación de las enfermedades periodontales ha evolucionado a lo largo de los años, y en 2018 se publicó una nueva clasificación que buscaba una mayor precisión y claridad en la definición de las diferentes entidades clínicas. Esta nueva clasificación enfatiza la importancia de la evaluación de la gravedad y extensión de la enfermedad, así como de los factores de riesgo individuales. La gingivitis y la periodontitis se clasifican según la gravedad y extensión de la lesión, y se consideran enfermedades dinámicas que pueden progresar o estabilizarse a lo largo del tiempo.

La presentación clínica de estas enfermedades puede variar ampliamente y, en ocasiones, superponerse con otras patologías bucales. Es común que lesiones tumorales benignas o malignas se manifiesten inicialmente con síntomas similares a la gingivitis o periodontitis, como enrojecimiento, edema o sangrado gingival. Esta similitud en la presentación clínica puede dificultar el diagnóstico diferencial y conducir a retrasos en el tratamiento adecuado.

Además de las enfermedades periodontales, existen numerosas lesiones estomatológicas que pueden presentar manifestaciones clínicas similares, lo que dificulta el diagnóstico diferencial. Entre estas lesiones se encuentran las de origen infeccioso, inflamatorio, neoplásico y traumático. Las lesiones ulceradas, como las úlceras aftosas recurrentes y el carcinoma espinocelular, pueden confundirse con lesiones ulcerativas asociadas a la periodontitis. Asimismo, las lesiones elevadas, como los granulomas piógenos y los papilomas, pueden simular hiperplasia gingival. Las lesiones eritematosas, como la eritroplasia y el liquen plano erosivo, pueden ser confundidas con gingivitis.

Existen diversas formas de clasificar y presentar estas lesiones. Con la intención de mantener un orden coherente en la descripción de éstas, que facilite la lectura y análisis del texto vertido en este trabajo, procederemos a clasificarlas siguiendo diferentes criterios, tales como la etiología, la localización, la manifestación clínica y el potencial maligno.

1. Por tejido afectado:

Encía: La encía, un tejido mucoso especializado, desempeña un papel crucial en la salud bucal. Anatómicamente, se divide en encía marginal, encía adherida y papila interdental. La encía marginal, no adherida al diente, forma el surco gingival y delimita el límite entre la mucosa oral y el diente. La encía adherida, más firme y de color rosado, se encuentra unida al cemento radicular mediante fibras colágenas, proporcionando soporte al diente. La papila interdental, de forma piramidal, ocupa el espacio interproximal entre dos dientes adyacentes. Fisiológicamente, la encía actúa como una barrera protectora, previniendo la penetración de bacterias en los tejidos profundos y contribuyendo a la integridad del periodonto. Su rica vascularización e inervación le confieren sensibilidad y capacidad de respuesta ante estímulos externos.

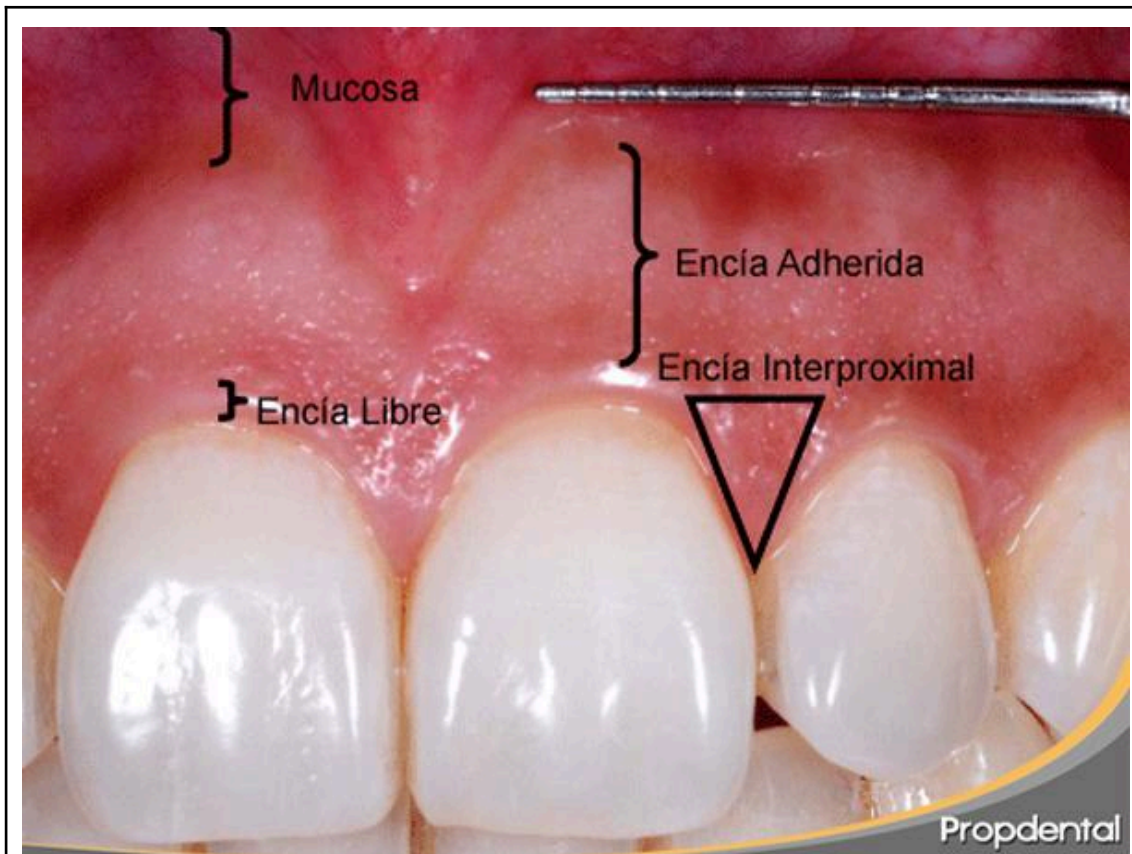


Fig 1: Encía. Imagen recuperada de <https://www.propdental.es/enfermedad-periodontal/periodontitis/encia/>

Las lesiones que podemos encontrar en encía y que pueden confundirse con gingivitis o enfermedad periodontal son:

- Granulomas piógenos

- Hiperplasia gingival medicamentosa
- Leucoplaquia
- Eritroplasia
- **Mucosa oral:** La mucosa oral es un revestimiento epitelial que cubre la mayor parte de la cavidad oral, incluyendo la superficie interna de los labios, las mejillas, el piso de la boca, el paladar duro y blando, y la superficie ventral de la lengua. Su función principal es proteger los tejidos subyacentes, facilitar la masticación, la deglución y la fonación. Histológicamente, la mucosa oral presenta una gran variedad de epitelios, desde el epitelio plano estratificado no queratinizado de la mucosa alveolar y el paladar blando, hasta el epitelio plano estratificado paraqueratinizado o ortoqueratinizado de la encía y el paladar duro. La lámina propia, que sustenta el epitelio, varía en su composición celular y vascularización según la localización, lo que confiere a la mucosa oral una gran diversidad funcional.

Las lesiones que podemos encontrar en mucosa oral y que pueden confundirse con gingivitis o enfermedad periodontal son:

- Líquen plano oral
- Pénfigo vulgar
- Mucositis por quimioterapia o radioterapia
- **Hueso alveolar:** El hueso alveolar es un tejido óseo especializado que forma las cavidades, denominadas alvéolos, en las que se alojan las raíces de los dientes. Constituye una parte esencial del periodonto, el conjunto de tejidos que sostienen a los dientes. Histológicamente, se caracteriza por su alta tasa de remodelado, lo que le permite adaptarse a los cambios funcionales y patológicos. El hueso alveolar se encuentra en constante renovación, gracias a la actividad de los osteoclastos y los osteoblastos, que respectivamente reabsorben y forman hueso. Esta capacidad de remodelación es fundamental para mantener la homeostasis del periodonto y responder a estímulos como la oclusión, las fuerzas masticatorias y los procesos inflamatorios.

Las lesiones que podemos encontrar en el hueso alveolar y que pueden confundirse con gingivitis o enfermedad periodontal son:

- Quistes
- Tumores óseos benignos (ej., osteoma, odontoma)

2. Por etiología:

- **Infecciosa:**
 - Candidiasis oral
 - Herpes simple
 - Tuberculosis oral
- **Inflamatoria:**
 - Granulomatosis con poliangiitis
 - Síndrome de Behçet
- **Neoplásica:**
 - Carcinoma espinocelular
 - Melanoma oral
 - Linfoma

3. Por manifestación clínica:

- **Lesiones ulceradas:**
 - Úlceras aftosas recurrentes
 - Carcinoma espinocelular
- **Lesiones elevadas:**
 - Papiloma
 - Granuloma piógeno
- **Lesiones eritematosas:**
 - Eritroplasia
 - Líquen plano erosivo

4. Por potencial maligno:

- **Lesiones benignas:**
 - Papiloma
 - Fibroma
- **Lesiones premalignas:**
 - Leucoplaquia

- Eritroplasia
- **Lesiones malignas:**
 - Carcinoma espinocelular
 - Melanoma oral

De este modo el presente estudio tiene como objetivo identificar y caracterizar las lesiones tumorales que con mayor frecuencia se presentan con manifestaciones clínicas que pueden confundirse con enfermedades periodontales, como el aumento de volumen, ulceraciones o sangrado gingival. A través de una revisión sistemática de la literatura, se analizarán las características histopatológicas y los factores clínicos que permiten diferenciar estas lesiones de los procesos inflamatorios periodontales. Los resultados de esta investigación contribuirán a mejorar el conocimiento de los odontólogos sobre estas patologías y a establecer un diagnóstico diferencial más preciso y oportuno.

Preguntas de estudio

Pregunta principal: ¿Qué evidencia clínica existe para realizar un diagnóstico diferencial preciso y oportuno entre lesiones estomatológicas y enfermedades periodontales o gingivitis?

Preguntas secundarias:

- ¿Cuáles son los principales criterios clínicos, histopatológicos y de imagenología que permiten diferenciar entre las lesiones estomatológicas más comunes y las enfermedades periodontales?
- ¿Qué factores de riesgo están asociados a una mayor dificultad en el diagnóstico diferencial de estas patologías?
- ¿Cuál es la precisión de los diferentes métodos diagnósticos utilizados para diferenciar estas lesiones?
- ¿Qué impacto tiene un diagnóstico diferencial tardío o erróneo en la evolución clínica y el pronóstico de los pacientes?

Objetivos

Objetivo General:

- Evaluar la evidencia científica disponible para establecer un diagnóstico diferencial preciso y oportuno entre lesiones estomatológicas y enfermedades periodontales o gingivitis, con el fin de mejorar la atención clínica y el pronóstico de los pacientes.

Objetivos Específicos:

- Identificar los criterios clínicos, histopatológicos y de imagenología más relevantes para diferenciar entre las lesiones estomatológicas y las enfermedades periodontales.
- Evaluar la precisión de las diferentes pruebas diagnósticas utilizadas para diferenciar estas patologías.
- Determinar los factores de riesgo asociados a una mayor dificultad en el diagnóstico diferencial.
- Analizar el impacto de un diagnóstico tardío o erróneo en la evolución clínica y el pronóstico de los pacientes.

Justificación del Estudio

El diagnóstico diferencial entre lesiones estomatológicas y enfermedades periodontales es un desafío frecuente en la práctica clínica odontológica. Una correcta identificación de la patología subyacente es crucial para establecer un tratamiento adecuado y evitar complicaciones. Sin embargo, la similitud clínica de algunas lesiones puede dificultar el diagnóstico y llevar a retrasos en el tratamiento, lo que puede comprometer la salud bucal del paciente y afectar su calidad de vida.

Materiales y Métodos

Estrategia de Búsqueda

Para identificar los estudios relevantes para esta revisión sistemática, se realizó una búsqueda exhaustiva en las siguientes bases de datos electrónicas: PubMed, Scopus,

Web of Science, LILACS, y SciELO. Se utilizaron combinaciones de términos MeSH y descriptores en español, inglés y portugués. Los términos de búsqueda empleados fueron: "lesiones bucales", "enfermedades periodontales", "diagnóstico diferencial", "clínico", "histopatológico", "imagenología", "biopsia", "ultrasonido", "tomografía computarizada".

Se aplicaron los siguientes límites a la búsqueda: idioma (inglés, español, portugués), tipo de documento (artículos originales, revisiones sistemáticas, metaanálisis, casos clínicos), y período de publicación (2013-2023).

Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de inclusión:

- Estudios originales, revisiones sistemáticas y metaanálisis.
- Estudios que incluyan pacientes adultos.
- Estudios que describan lesiones estomatológicas que pueden confundirse con enfermedades periodontales.
- Estudios que reporten características clínicas, histopatológicas o de imagenología relevantes para el diagnóstico diferencial.

Criterios de exclusión:

- Estudios en animales.
- Revisiones narrativas.
- Estudios que no reporten datos relevantes para la pregunta de investigación.

Selección de Estudios

Dos revisores independientes seleccionaron los estudios a partir de los títulos y resúmenes identificados en la búsqueda. Posteriormente, se evaluaron los textos completos de los estudios seleccionados para determinar su inclusión final. En caso de desacuerdo, se consultó a un tercer revisor para resolver la discrepancia.

Extracción de Datos

Se diseñó un formulario de extracción de datos para recopilar la siguiente información de cada estudio incluido:

- **Características del estudio:** Autor(es), año de publicación, título, revista, país de origen.
- **Diseño del estudio:** Tipo de estudio (ensayo clínico, estudio observacional, revisión sistemática, metaanálisis, etc.).
- **Población:** Características demográficas de los participantes (edad, sexo, etc.).
- **Intervención:** Métodos de diagnóstico utilizados (clínico, histopatológico, imagenológico).
- **Resultados:** Características clínicas, histopatológicas e imagenológicas de las lesiones, precisión diagnóstica, factores de riesgo, etc.

Análisis de Datos

Se realizó un análisis cualitativo de los estudios incluidos. Los datos fueron sintetizados y categorizados según los temas principales de la revisión. Se identificaron las principales lesiones que pueden confundirse con enfermedades periodontales, las características clínicas que permiten diferenciarlas y los factores de riesgo asociados. Además, se evaluó la calidad metodológica de los estudios incluidos utilizando herramientas de evaluación de la calidad, como la escala de Jadad para ensayos clínicos y la herramienta AMSTAR para revisiones sistemáticas.

Resultados



IMAGEN DE CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS PAPILARES DE LA ENCIA MAXILAR



IMAGEN DE QUISTE ODONTOGENICO CALCIFICANTE EXTRAOSEO



HIPERPLASIA Y LEUCEMIA AGUDA

De estos temas sumamente importantes, he seleccionado el carcinoma de células escamosas ya que es un carcinoma oral, manifestaciones agudas de leucemia aguda, melanoma en encía, manifestaciones gingivales de carcinoma hepatocelular primario, manifestaciones en encía de leiomioma y rabdomioma en encía.

Los demás temas serán de interés para futuras investigaciones.

LEIOMIOSARCOMA EN ENCIA:

El leiomioma es una neoplasia maligna mesenquimática. Es más prevalente en adultos mayores y surge más a menudo en el útero, tracto gastrointestinal y región retroperitoneal.

Un caso en un femenino de 27 años con una historia de una masa nodular dolorosa de 5 meses en la mucosa bucal izquierda.

La lesión nodular era de consistencia firme inicialmente no dolorosa de 1,5cm x 1,5 cm. No se palpaban ganglios linfáticos en la región cervical.

Se realiza biopsia por escisión bajo anestesia local y la muestra fijada con formalina se procesa para el examen histopatológico. El examen microscópico mostro células fusiformes con citoplasma eosinófilo y núcleos vesiculares. También se observaron figuras mitóticas anormales dispersas. En algunas áreas marcado pleomorfismo celular con núcleos irregulares grandes, hipercromáticos y extraños. También se observaron células inflamatorias. La tinción inmunohistoquímica mostro positividad para vimentina, actina de musculo liso y negatividad para S-100, citoqueratina y desmina. El paciente permanece libre de enfermedad después de 18 meses de seguimiento.

Solo entre el 3% y el 10% de los casos de Leiomiosarcoma se originan en cabeza y cuello, y en esta zona la nariz y los senos paranasales (19%), piel y tejidos subcutáneos (16%) y el esófago cervical (12%) son los sitios más comúnmente afectados.

Reporte de otro caso clínico: Como se sabe el leiomiosarcoma es un tumor maligno de origen mesenquimático el cual acontece muy raramente en la cavidad oral con solo 3%-10% en la cabeza y región de cuello.

La etiología sugiere trauma, simulación estrogénica e infección de virus por Epstein Barr.

Los signos que se presentan son en general inespecíficos y la similitud de esta entidad con ciertas lesiones benignas suele retrasar su diagnóstico.

Una mujer de 22 años fue referida con otalgia en el lado derecho e hinchazón asintomática en la encía lingual inferior derecha que había notado un mes antes. Un examen de la cavidad oral revelo una hinchazón gingival dura, no dolorosa, de color rosa rojizo, no hemorrágica alrededor del primer molar inferior derecho. El resto del examen de nariz, oído y garganta fue normal. Una ortopantomografía y rx periapical del diente 46 apareció normal.

Se realizo una biopsia excisional con anestesia local, con una lesión extirpada de 1,5 x 1,2 cm.

Después de la cirugía al paciente se le prescribió un antibiótico por seis días, consistiendo de 1g de amoxicilina y ácido clavulánico dos veces al día.

La masa escindida se fijó en formalina. Un examen histopatológico mostró una superficie no encapsulada con márgenes salientes y ausencia de patrón de crecimiento infiltrante. La lesión consistía en haces de células fusiformes que se entrecruzaban en ángulos rectos con citoplasma eosinófilo brillante bien definido, núcleos pleomórficos en forma de cigarro y vacuolas paranucleares ocasionales. Las células neoplásicas fueron positivas para los marcadores de músculo liso, incluidos h-caldesmon, miosina, anticuerpo monoclonal, 1 de miosina de músculo liso. Todos los demás anticuerpos fueron negativos, incluidos la cinasa similar al receptor de activina, desmina, receptores de estrógeno, actina de músculo esquelético y S100.

El diagnóstico final fue de un grado bien diferenciado de leiomioma. Se consideró una nueva cirugía. Una tomografía contrastada mostró engrosamiento del tejido blando adyacente hemimandibular derecha inferior, sin afectación ósea ni ganglios linfáticos del cuello.

Bajo anestesia general, se realizó una escisión de la mucosa perilesional, una resección ósea parcial preservando los nervios lingual y mandibular y la extracción de las piezas dentales 45-48. Se le prescribieron al paciente antibióticos (1g de ceftriaxona por día), junto con enLa paciente fue dada de alta dos días después sin complicaciones. Cada tres meses acudió a controles donde se le realizó resonancias magnéticas y ecografías torácicas y abdominales en busca de metástasis. Cuando se escribió este artículo 20 meses después de la cirugía radical no había signos de recurrencia local o metástasis y el paciente parecía saludable.

Los tumores de músculo liso rara vez se desarrollan en la región de la cabeza y el cuello, sin embargo, si están presentes, se producen principalmente en las paredes de los vasos sanguíneos. El sitio intraoral más común para el leiomioma parece ser la lengua, generalmente como resultado de metástasis de un tumor primario en útero, tracto gastrointestinal o retroperitoneo. Los leiomiomas orales también afectan a los huesos maxilares, las mejillas, las encías, el piso de boca, el paladar blando o duro de la mandíbula y los labios.

Además del diagnóstico temprano, el pronóstico de los pacientes con leiomioma oral depende del grado, tamaño /sitio y tratamiento del tumor. Actualmente no existen criterios estándar para la terapia, aunque se recomienda la escisión completa del tumor con márgenes quirúrgicos amplios, la tasa de supervivencia a 5 años entre los pacientes de leiomioma oral primario es del 55% con afectación ósea y metástasis significativamente asociadas con un peor pronóstico. Las metástasis en los ganglios linfáticos cervicales ocurren con frecuencia con los ganglios linfáticos regionales. Las metástasis a distancia, principalmente en los pulmones, ocurren en el 39% de los pacientes con leiomioma oral. Los leiomiomas retroperitoneales, en útero, tracto gastrointestinal a veces hacen metástasis en pulmones, cerebro, huesos y cavidad oral. En este caso detallado anteriormente, los ganglios linfáticos regionales estaban libres y las pruebas sistémicas no revelaron ninguna metástasis, por lo tanto, no se administró terapia adyuvante. Sin embargo, es esencial un seguimiento regular para detectar rápidamente la recurrencia. En ciertos casos, la detección temprana y la escisión radical constituye el tratamiento de elección. El seguimiento posterior al tratamiento que se establezca es fundamental.

Enjuague bucal con clorhexidina al 0,2 % y ácido hialurónico.

La paciente fue dada de alta dos días después sin complicaciones. Cada tres meses acudió a controles donde se le realizó resonancias magnéticas y ecografías torácicas y abdominales en busca de metástasis. Cuando se escribió este artículo 20 meses después de la cirugía radical no había signos de recurrencia local o metástasis y el paciente parecía saludable.

Los tumores de músculo liso rara vez se desarrollan en la región de la cabeza y el cuello, sin embargo, si están presentes, se producen principalmente en las paredes de los vasos sanguíneos. El sitio intraoral más común para el leiomioma parece ser la lengua, generalmente como resultado de metástasis de un tumor primario en útero, tracto gastrointestinal o retroperitoneo. Los leiomiomas orales también afectan a los huesos maxilares, las mejillas, las encías, el piso de boca, el paladar blando o duro de la mandíbula y los labios.

Además del diagnóstico temprano, el pronóstico de los pacientes con leiomioma oral depende del grado, tamaño /sitio y tratamiento del tumor. Actualmente no existen

criterios estándar para la terapia, aunque se recomienda la escisión completa del tumor con márgenes quirúrgicos amplios, la tasa de supervivencia a 5 años entre los pacientes de leiomioma oral primario es del 55% con afectación ósea y metástasis significativamente asociadas con un peor pronóstico. Las metástasis en los ganglios linfáticos cervicales ocurren con frecuencia con los ganglios linfáticos regionales. Las metástasis a distancia, principalmente en los pulmones, ocurren en el 39% de los pacientes con leiomioma oral. Los leiomiomas retroperitoneales, en útero, tracto gastrointestinal a veces hacen metástasis en pulmones, cerebro, huesos y cavidad oral. En este caso detallado anteriormente, los ganglios linfáticos regionales estaban libres y las pruebas sistémicas no revelaron ninguna metástasis, por lo tanto, no se administró terapia adyuvante. Sin embargo, es esencial un seguimiento regular para detectar rápidamente la recurrencia. En ciertos casos, la detección temprana y la escisión radical constituye el tratamiento de elección. El seguimiento posterior al tratamiento que se establezca es fundamental.

Rabdomioma de encía

Este tumor es más común en infantes y niños y menos común en adultos y adolescentes.

Región de la cabeza y cuello es el sitio más común de afectación luego del tracto genitourinario y extremidades.

Los sitios más comunes en la cabeza y en la región del cuello son la orbita y los senos paranasales y raro en la cavidad oral. La rara ocurrencia en la cavidad oral y sus similitudes con tumores benignos y lesiones inflamatorias podrían retrasar el diagnóstico.

Se presenta un rabdomioma en una mujer de 32 años. Esta fue evaluada por una hinchazón dolorosa en la encía maxilar. Observó antecedentes de una lesión inflamatoria y uso de antibióticos hace 10 meses. El tamaño de la lesión posterior al uso de antibiótico no disminuyó. Después de la extracción del segundo premolar superior izquierdo, la lesión siguió aumentando. La biopsia excisional sugirió una lesión inflamatoria inespecífica. En los exámenes extraorales se observó asimetría facial. El

surco nasolabial izquierdo había desaparecido. Los exámenes intraorales revelaron una superficie firme, sésil y rosada

Masa ulcerativa exofítica de superficie lobulada en encía vestibular superior izquierda, que se extendía de canino hasta distal del primer molar. Dolorosa a la palpación y sangraba fácilmente. El primer premolar era móvil. En la radiografía periapical se observó ensanchamiento del ligamento periodontal. La biopsia incisional fue desarrollada bajo anestesia local para examen histopatológico.

Al examen microscópico reveló una neoplasia de células tumorales fusiformes en el tejido adyacente conectivo. Las estructuras normales fueron destruidas por la invasión de las células tumorales. Se identificaron entre las células tumorales un marcado pleomorfismo celular e hipercromasia nuclear con nucleolos prominentes.

Las células tumorales reaccionaron desde el punto de vista histoquímico positivamente con marcadores específicos para la diferenciación miogénica, como los anticuerpos anti-Desmin, anti-Miogenina y anti MyoD.

El paciente fue sometido a hemimaxilectomía izquierda. Se presentó una pequeña hinchazón en la zona del músculo esternocleidomastoideo izquierdo 10 meses después de la cirugía. El diagnóstico fue metástasis ganglionar de rabdomiosarcoma. Se realizó disección de cuello, extirpación de 14 ganglios linfáticos supraomohioideos, radioterapia complementaria y quimioterapia.

El 35%- 40% de los rabdomiosarcomas se presentan en la región de la cabeza y el cuello.

Las lesiones orales no son comunes.

En este caso la lesión inicialmente fue asintomática y luego refirió dolor a medida que crecía.

Otros signos y síntomas del rabdomiosarcoma oral son la movilidad dental, parestesia, trismo y linfadenopatía.

En este paciente, aunque había movilidad dentaria inicial se consideró como lesión inflamatoria- infecciosa. Se extrajo el diente y se le recetó antibióticos.

Los tipos más comunes de rabdomiosarcoma son el embrionario, el alveolar y el pleomórfico.

El pronóstico del tipo pleomórfico es desfavorable. El tipo embrionario en la mayoría de los casos tiene un pronóstico favorable.

En este caso, la variante histológica fue del tipo pleomórfico, pronostico relativamente malo.

El pleomórfico es un raro subtipo (alrededor del 5% de los casos de rabdomiosarcomas).

Desafortunadamente en este caso, la ignorancia del dentista provoco un retraso en el diagnóstico correcto y tratamiento.

El tratamiento del rabdomiosarcoma incluye cirugía, radioterapia y diferentes regímenes de quimioterapia.

En la región de la cabeza y el cuello, el tratamiento de elección para los tumores orbitarios es la radiación sola y la quimioterapia. La radioterapia y la quimioterapia se utilizan para el control local de la lesión primaria, la regresión del tamaño del tumor y el tratamiento de tumores que no son fácilmente accesibles a la resección quirúrgica.

Se presento otro caso de un rabdomiosarcoma embrionario en un paciente masculino de 36 años de edad que afectaba la encía mandibular. A la imagen radiográfica presentaba radiolucidez con márgenes mal definidos.

El rabdomiosarcoma es un tumor maligno neoplásico descrito por primera vez en 1854. Presenta células del musculo esquelético de diversos grados de diferenciación.

La histopatología es análoga a la miogenesis en el embrión en desarrollo, lo que proporciona pistas sobre la biología de estas lesiones.

Masson se refirió en 1970 al rabdomiosarcoma como los sarcomas rabdopoyéticos y esto explica la observación de que surgen más tumores de las vísceras y los tejidos blandos axiales que de las extremidades. La región de la cabeza y el cuello y el tracto genitourinario son los sitios más comunes de aparición.

En la región de la cabeza y el cuello los sitios más comunes son la órbita, los senos paranasales y el cuello.

Es poco frecuente en adultos (2% al 5%)

Histológicamente este tipo de rabdomiosarcoma se caracteriza por zonas de celularidad laxa y densa, que recapitulan notablemente la miogénesis.

El diagnóstico en este caso se realizó por histopatología e inmunohistoquímica.

CASO REPORTADO: Paciente de 36 años el cual reveló una masa indolora, de consistencia firme, que medía aproximadamente 8 x 5 cm en la región del segundo molar mandibular derecho y cruzaba la línea media, para involucrar la región mandibular anterior izquierda.

El paciente relató una lesión seis meses antes en el sitio actual, sometiéndose a escisión completa de la lesión. Sin embargo, la lesión recidivó y creció rápidamente hasta la forma actual.

La tomografía computada y la ortopantomografía mostraron una lesión osteolítica expansiva que afectaba el alveolo inferior derecho y el cuerpo de la mandíbula. Se observó la pérdida del incisivo lateral inferior derecho con aflojamiento de otros dientes. No se observó linfadenopatía cervical significativa.

Se realizó una biopsia incisional. Se observó que el tumor estaba compuesto de estroma de tejido conectivo celular denso. Las células eran redondas u ovaladas con núcleos hipercromáticos, figuras mitóticas frecuentes y citoplasma indistinto.

Las pruebas inmunohistoquímicas fueron desarrolladas con anticuerpos contra desmina, miogenina y mioglobina. Entre estos marcadores la desmina y la miogenina revelaron una tinción positiva fuerte, mientras que no se detectó inmunorreactividad a la mioglobina.

Tras el diagnóstico histológico, se realizó resección en bloque del tumor con amplio margen de seguridad de tejido normal. Tras la extirpación de la lesión se colocó un injerto miocutáneo pectoral junto con una barra de arco.

Posterior a la cirugía el paciente se sometió a quimioterapia. Después de tres ciclos de quimioterapia a las 16 semanas el paciente continuó con radioterapia. A la fecha de este informe, más de 6 meses después del diagnóstico y tratamiento, el paciente no presenta evidencia de la enfermedad.

CASO REPORTADO: Mujer de 19 años con agrandamiento facial derecho. Masa de tejido blando en mucosa bucal derecha de rápido crecimiento.

Se realiza ecografía intraoral. El diagnóstico inicial fue infección. Se receto antibiótico. Se intento drenaje.

En su sita de seguimiento se descubre crecimiento y duplicación de su tamaño. La paciente tenia ya una masa ulcerada que se extendía al rafe pterigomaxilar. Presentaba dolor intermitente leve y dificultad a la masticación. Trismus. Se realiza biopsia ecsisional.

Se diagnostica rabdomiosarcoma. Al examen microscópico presenta densa acumulación de células pequeñas (fusiformes, redondeadas, con núcleos hipercrómicos con citoplasma eosinófilo). Tejido reactivo a desmina, miogenina.

El rabdomiosarcoma de tipo alveolar es el mas común, seguido del pleomórfico.

El tumor puede ser pobremente diferenciado a muy bien diferenciado. En este caso se efectuó la escisión completa, con quimioterapia y radioterapia posterior a la cirugía. La tasa de supervivencia es de 5 años (90%).

METASTASIS GINGIVAL DE CARCINOMA HEPATOCELULAR PRIMARIO

REVISIÓN DE LA LITERATURA DE 30 CASOS:

ES poco frecuente, altamente maligna y generalmente no presenta síntomas distintivos. No realizar biopsia puede llevar a un diagnostico erróneo.

Paciente masculino de 87 años. Infección por hepatitis B de 3 años. Infarto y edema cerebral a los 70 años. Presenta estreñimiento.

Carcinoma hepatocelular lóbulo derecho. Metástasis pulmonar.

Al examen oral presenta una masa exofítica rojiza del tamaño de una cereza en encía superior derecha. Inicialmente se hablo de tumor gingival primario pero la biopsia

arrojo carcinoma metastásico originado en hígado. En este caso el paciente presento cuidados paliativos.

De los 30 casos: Masculino 6:1 Personas entre 43-87 años. Edad media 60 años

12 casos con antecedentes de cirrosis hepática,

7 casos por infección por hepatitis B

5 casos por infección por hepatitis C

3 casos por cirrosis alcohólica

1 caso por cirrosis hepática por transfusión

5 casos no presentaban hepatopatía

9 casos sin descripción de antecedentes de enfermedad hepática.

Encías superiores 63,3%

Encías inferiores 36,7%

Grado de diferenciación del tumor

29 casos 19 (63,3%) moderados

5 (16,7%) deficientes

2 (6,7%) altos

3 (10%) no diferenciados

Sitio metastásico mas frecuente es el pulmón, luego ganglio linfático, cerebro y suprarrenales.

La metástasis gingival tiene una malignidad especialmente alta y un pronostico malo. Al aparecer esta metástasis es peor la supervivencia. El este asiático es donde más cáncer hepático primario hay.

Presenta un sexto lugar en incidencia y un cuarto lugar en mortalidad.

Tercer cáncer más común y mortal. En algunos casos la primera manifestación fue la lesión gingival la cual suele imitar una enfermedad gingival benigna, de ahí la importancia de este texto. Esto podría llevar a un diagnóstico erróneo, de ahí la importancia de realizar la biopsia.

Los hábitos de salud general más pobres de las conductas de salud bucal entre los hombres como beber y fumar pueden favorecer la patogénesis de las metástasis gingivales. La patogenia de esta metástasis esta asociada a la inflamación oral como la gingivitis que posiblemente atrae migración y adhesión de las células cancerosas a la encía. La rica red capilar de la encía crónicamente inflamatoria puede favorecer la progresión de las células metastásicas.

Pacientes con una masa gingival como primer signo tuvieron una supervivencia extremadamente pobre. Una biopsia oportuna es necesaria, incluso si parece una lesión benigna. Características engañosas similar a un granuloma piógeno.

REPORTE DE CASO:

Paciente de 68 años, masculino. Diez meses después de la extirpación quirúrgica de la mitad derecha de su hígado, el paciente desarrollo prueba para el virus de hepatitis C positiva. El paciente desarrollo metástasis gingival. Presentaba masa eritematosa de tejido blando que media 2x2x3 cm afectando la mandíbula izquierda. La tomografía revelo destrucción del hueso mandibular y alveolar izquierda. El paciente se sometió a resección de masa mandibular izquierda y reconstrucción con placa de titanio luego de la mandibulectomias segmentaria. Falleció 4 meses después del diagnóstico. Cuando se encuentra una masa gingival mandibular se deben considerar los tumores metastásicos en el diagnostico diferencial.

La historia clínica es un indicador valioso junto con el examen físico. Tumor bastante frecuente con una mortalidad por detrás del cáncer de pulmón y gástrico. 700000 pacientes diagnosticados por año

LEUCEMIA

La mayoría de los informes de pacientes con leucemia mieloide aguda y diabetes insípida se describe como aberraciones cromosómicas. Se han propuesto varios

mecanismos que pueden provocar daño hipofisiario. Este artículo refiere un caso donde el paciente desarrollo diabetes insípida con leucemia mieloide aguda.

Se trata de un hombre de 36 años que presento cuadro subagudo de fatiga excesiva, polidipsia, poliuria asociada a nicturia e intolerancia al frio. En el estudio inicial el análisis de orina es normal

La leucemia mieloide aguda es una neoplasia hematológica que contribuye a un numero considerable de muertes relacionadas con el cáncer. Representa el 25% de todas estas leucemias en adultos en Occidente. El origen no esta claro, algunos sugieren trastornos genéticos, exposición a radiación ionizante, ciertos retrovirus de Arn.

Desde el punto de vista de la leucemia, presento afectación gingival confirmada y presunta afectación del sistema nervioso central

Dentro de las características de dicha enfermedad se debe pensar en el agrandamiento gingival el cual suele ser el único signo diagnóstico de leucemia. La incidencia mundial de leucemia en 2017 se estimo en 2,43 millones de casos, con una tasa de prevalencia estandarizada por edad de 32,26 por 100.000 individuos. Las leucemias ocupan el puesto 15 en cuanto a prevalencia. La leucemia se manifiesta de dos formas distintas: como células precursoras, que son inmaduras, o como células maduras, dando lugar a las formas agudas o crónicas. A su vez se clasifica en cuatro subgrupos principales, la leucemia linfoblástica aguda, leucemia mieloide aguda, leucemia linfoblástica crónica y leucemia mieloide crónica.

Las enfermedades de la sangre tienden a afectar varios sitios anatómicos, como el área oral y orofaríngea. Los síntomas orales se manifiestan mayormente en pacientes afectados por los tipos agudos de leucemia.

Mas del 30% de los individuos a los que se le diagnostican experimentan diversas manifestaciones orales. Los hallazgos observados con más frecuencia incluyen hipertrofia gingival, sangrado espontaneo, petequias, ulceraciones y palidez de la mucosa oral. Los indicios iniciales a menudo se hacen en la cavidad oral como resultado de la invasión de células leucémicas en los tejidos orales o la reducción de los elementos normales de la medula ósea.

REPORTE DE CASO

La hiperplasia gingival puede surgir debido a irritación local relacionado con microbios, respiración bucal, administración de medicamentos, trastornos genéticos, leucemia, gtanulomatosis de Wegener, enfermedad de Crohn y sarcoidosis. En este estudio se propone presentar el procedimiento de diagnostico para un caso de agrandamiento gingival, que era el único signo de enfermedad sistémica grave. El paciente fue derivado presentando sangrado gingival persistente en el área posterior del maxilar bilateralmente. Clínicamente se observa un agrandamiento gingival difuso sin linfadenopatía regional.

Se trata de un paciente de masculino de 26 años derivado por el odontólogo al departamento de Medicina Oral y Patología de la Facultad de Odontología de La Universidad de Tesalónica (Grecia) por presentar sangrado gingival persistente y dolor leve debido a la impactación de alimentos en la zona interdental.

El paciente fue examinado minuciosamente revelando una inflamación difusa rojiza, masas gingivales palpables, sangrado al sondaje y presencia de pseudobolsas de 4 a 6 mm.

Se realizo una ortopantomografía, la cual no presento ningún hallazgo patológico. Curiosamente los análisis de sangre revelaron alteraciones en la serie blanca y roja, el hematocrito.

Con base a estos datos, se realizo una biopsia. El examen histopatológico revelo abundantes células neoplásicas de origen hematopoyético que infiltran difusamente la lamina propia de la encía, con positividad fuerte y difusa para CD45 y CD68. Las células neoplásicas dispersan mostraron una positividad leve a moderada para CD117, todo esto condujo al diagnostico de leucemia mieloide aguda y la positividad de Ki 67 en el 90% de las células malignas fue un indicador de una capacidad de proliferación celular extremadamente alta.

SARCOMA MIELOIDE

El sarcoma mieloide es una neoplasia poco frecuente caracterizada por la proliferación de células precursoras mieloides inmaduras fuera de la médula ósea. La patogenia es

compleja y no se entiende por completo. Se desarrolla en cualquier sitio extramedular del cuerpo.

Se presenta un caso clínico de un paciente de 32 años con inflamación gingival en la región maxilar. Inicialmente se diagnóstico como enfermedad periodontal. Sin embargo, la evaluación clínica reveló una masa firme, de color blanco grisáceo, que subrayó la necesidad de un diagnóstico integral. En este artículo se destaca la dificultad del diagnóstico.

La intervención temprana y el tratamiento multidisciplinario son cruciales para mejorar los resultados del tratamiento.

Una mayor concienciación y educación sobre las diversas presentaciones clínicas del sarcoma mielóide conducen a un diagnóstico más temprano y un tratamiento oportuno, mejorando la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes.

Esta neoplasia afecta al 3%-8% de los pacientes con leucemia mielóide aguda.

El sarcoma mielóide puede manifestarse de dos maneras: Sarcoma mielóide primaria que surge sin afectación sistémica de la leucemia, y Sarcoma mielóide secundario que ocurre con la afectación de la médula ósea o como una recaída de la leucemia. Este tipo de sarcoma puede ocurrir en una variedad de ubicaciones extramedulares, como piel, ganglios linfáticos, tejidos blandos, tracto gastrointestinal, hueso, cavidad oral, y tejidos periorbitales.

Histológicamente el sarcoma mielóide se caracteriza por una infiltración difusa de células blásticas inmaduras con núcleos basófilos y ratios núcleo-citoplasma aumentados. Es frecuente observar mitosis raras y una reacción positiva a mieloperoxidasa y CD117 en estudios inmunohistoquímicos lo que ayuda en su diagnóstico.

Nuestro objetivo con este estudio es aumentar la conciencia entre los profesionales dentales sobre las diversas presentaciones clínicas del sarcoma mielóide oral y su papel potencial para facilitar el diagnóstico temprano y la derivación adecuada para una evaluación y un tratamiento integral.

El sarcoma mielóide oral presenta diversas manifestaciones clínicas no específicas, siendo las encías y la mucosa palatina dura los sitios más comúnmente afectados. El principal hallazgo clínico de esta entidad es a menudo una inflamación gingival difusa, con otras presentaciones que incluyen inflamación o masa localizada, a veces asociada con alveolos de extracción no curados y raramente, úlceras.

La ubicación del sarcoma mielóide oral presenta un desafío diagnóstico debido a su rareza y diversas presentaciones clínicas. La literatura sobre el sarcoma mielóide con inflamación gingival maxilar como síntoma inicial proporciona un conocimiento valioso sobre su presentación clínica, diagnóstico y manejo.

El sarcoma mielóide puede imitar varias enfermedades bucales, lo que requiere un diagnóstico preciso mediante análisis histológico e inmunohistoquímico.

Un caso presentado de sarcoma mielóide con leucemia mielóide aguda en una mujer de 29 años que presentó una lesión queratinizada sésil de color marrón grisáceo severamente dolorosa en la encía labial superior anterior acompañada de linfadenopatía submandibular. Estos signos y síntomas son similares a los informados.

Otro caso en una mujer de 24 años que en el examen físico presentó linfadenopatía cervical. El examen intraoral mostró áreas discretas de sangre coagulada dentro del surco gingival de algunos dientes, y una inflamación dolorosa de 3 cm de color marrón con una superficie necrótica y sangrante ubicada en la encía posterior inferior.

Otro caso de una mujer de 41 años que, al examen extraoral, mostró simetría facial y ausencia de linfadenopatía. El examen intraoral reveló un agrandamiento gingival en la región anterior maxilar que se extendía desde el primer premolar derecha hasta el incisivo lateral izquierdo, con tamaño de 2 cm x 1,5 cm, 0,5 x 0,5 cm. La hiperplasia involucra las papilas gingivales y la encía libre y adherida, con las papilas gingivales de los dientes anteriores también agrandadas. Las encías afectadas estaban rojas, blandas, edematosas y no dolorosas, y se observó placa dental. En el examen general, no se notaron hallazgos físicos significativos y el paciente negó cualquier dolor en la cavidad oral o en el cuerpo.

Una serie de casos clínicos, uno de los cuales destacó un examen oral que reveló una inflamación asintomática, firme y rosada, que medía 40 cm x 2,5 cm en la encía

superior derecha desde el tercer molar hasta el primer premolar, con pápulas blancas en la superficie. La lesión no era pigmentada ni aireada.

Otro colega describió un caso raro de sarcoma en la mandíbula, donde se identificó una hinchazón dura de aproximadamente 3 cm x 2 cm que se extendía desde la superficie distal del diente 33 hasta la superficie distal del diente 37. Se presentó parestesia en el lado izquierdo de la mandíbula inferior y la región labial.

En otro caso la lesión oral se presentó en el paladar y en otro en el labio inferior.

Visto y considerando lo anteriormente expuesto, un examen oral minucioso es esencial para un diagnóstico preciso. Enfatizan la necesidad una mayor conciencia entre los dentistas sobre las diversas presentaciones del sarcoma mielóide y la importancia de la colaboración interdisciplinaria entre los médicos y los patólogos para un diagnóstico preciso.

Como dijimos la biopsia y la inmunohistoquímica son esenciales para confirmar el diagnóstico y distinguir este tumor de otras neoplasias malignas como linfomas y sarcomas de tejidos blandos.

El tratamiento de los sarcomas mieloides varía según la presentación clínica, la localización de la entidad, y la respuesta del paciente a las terapias convencionales. Existen varias alternativas de tratamiento, entre ellos quimioterapia, radioterapia, el trasplante de células madres hematopoyéticas, terapias dirigidas y terapias inmunomoduladores.

La respuesta a la quimioterapia puede ser variable, y la enfermedad es a menudo recurrente, lo que reduce la tasa de supervivencia global de los pacientes.

La radioterapia es otra alternativa de tratamiento, particularmente viable para el alivio paliativo de los síntomas del sarcoma mielóide refractaria. Este tratamiento puede asociarse a toxicidades significativas, como mucositis grave, lo que requiere una evaluación cuidadosa riesgo- beneficio para cada caso.

El pronóstico de supervivencia para el sarcoma mielóide es generalmente desfavorable, particularmente cuando se asocia a la leucemia mielóide aguda. La tasa de supervivencia es de solo 30.8 % con mayor supervivencia en casos de sarcoma mielóide

primario no asociado a leucemia mieloide aguda (50%) en comparación en aquellos asociados a neoplasias (22,2%)

El tiempo de supervivencia medio varia según varios factores: diagnóstico temprano, extensión y ubicación del tumor, respuesta al tratamiento y comorbilidades.

La respuesta al tratamiento juega un papel crucial en los resultados de los pacientes con sarcoma mieloide. Algunos médicos implementan estándares tratamiento con regímenes de quimioterapia, seguido de trasplante de médula ósea.

DISCUSIÓN

Los hallazgos que obtuve me permiten comprender que tenemos muchos tumores de encía que muchas veces no generan confusión y no nos permite dilucidar/ discernir rápidamente a los que nos estamos enfrentando.

Y en estos casos el tiempo es vital para comprender que debemos actuar con premura.

Como odontóloga general ya me he enfrentado a este tipo de patologías y dado nuestro estado sanitario actual, debemos tener un haz bajo la manga para poder auxiliar al paciente.

Tener una red de colegas idóneos no tenemos las herramientas necesarias.

Con herramientas necesarias me refiero a la idoneidad, la habilidad, la destreza y la mente siempre abierta/ alerta para poder suponer que ante determinada ausencia de resolución de un hecho, podemos estar enfrentado otra patología. No dudar en pedir ayuda, humildad para poder derivar si no encontramos la solución, o vemos que la cura se dilata. Con serenidad, aplomo y sin amedrentar al paciente, poder derivar o solicitar la interconsulta con otro colega para poder llegar a un pronto diagnóstico, que en definitiva es lo que nos debe importar.

Un pronto diagnóstico puede significar la instauración de un rápido tratamiento y esto nos lleva en estos casos a un tema de vida- muerte, calidad de vida, esperanza de vida, supervivencia...palabras que siempre tenemos que tener en mente, ante estos casos.

Muchos nos encontramos sin saber realizar la toma correcta de una biopsia o muestra de tejido, creo que es un proceso que para un odontólogo que esta acostumbrado a manipular distintos tipos de instrumental no debería ser un inconveniente y agilizaría mucho las distintas situaciones clínicas.

Saber preservar la muestra y lograr un correcto envío.

Respecto de los temas investigados, considero que la información es cuantiosa, relevante, importante.

No he encontrado muchos casos de melanoma oral, se que es una patología poco frecuente pero también supongo que muchos colegas por desconocimiento no han documentado el tema. Observando la patología se puede llegar a confundir con hiperpigmentación de las mucosas.

CONCLUSIÓN

Como conclusión debo hacer hincapié en la importancia de leer, investigar estos temas descriptos. Tengo claro que uno no se tropieza todos los días con este tipo de patologías pero si debemos estar abiertos y sospechar cuando la solución no llega.

Bibliografía

1. Sahni PA, Singhavi A, Nayak MT, Deora SS. Gingival Rhabdomyosarcoma in an Adult: A Unique Entity. *Bir Erişkin Dişeti Rabdomyosarkomu : Özgün Bir Antite*. J Oral Maxillofac Pathol. 2011;15(2):123-127.
2. Lindhe J. Periodontologia clinica E implantologia odontologica - 4b: Edicion. Editorial Medica Panamericana; 2005.
3. Carranza Fermin A, Newman Michael G, Carranza FA. Periodontologia clinica. McGraw-Hill Interamericana; 2000.
4. Motallebnejad M, Aminishakib P, Derakhshan S, Karimi A. Rhabdomyosarcoma of the maxillary gingiva. *Case Rep*. 2017;2017: 1-5.
5. Yadav R, Bharathan S. Leiomyosarcoma of the buccal mucosa: a case report with immunohistochemistry findings. *J Oral Pathol Med*. 2008;37(3):168-171.
6. Terada T. Papillary squamous cell carcinoma of the mandibular gingiva. *J Oral Pathol Med*. 2012;41(9):672-675.
7. Bruballa R, Abuawad C, Boccalatte L, Larrañaga J. Carcinoma escamoso de lengua y metástasis renales bilaterales. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*. 2021 Jun 6;78(2):184.
8. Espinoza-Velazco A, González-Montoya AS, Carbajal-López B. Cociente ganglionar como factor pronóstico de recurrencia tumoral en pacientes con carcinoma escamoso de cavidad oral. *Cirugía y cirujanos*. 2020 Dec;88(6):684-9.
9. Soares SC, Roux LJ, Castro AR, Silva CC, Rodrigues R, Macho VM, Silva F, Costa C. Oral manifestations: A warning-sign in children with hematological disease acute lymphocytic leukemia. *Hematology reports*. 2023 Aug 24;15(3):491-502.
10. Cammarata-Scalisi F, Girardi K, Strocchio L, Merli P, Bernardin AG, Galeotti A, Magliarditi F, Inserra A, Callea M. Oral manifestations and complications in childhood acute myeloid leukemia. *Cancers*. 2020 Jun 19;12(6):1634.
11. Godínez-Chaparro JA, Valencia-Herrera AM, Duarte-Abdala MR, Mena-Cedillos CA, Toledo-Bahena ME. Leukemia cutis and other dermatological findings in pediatric patients with acute myeloid leukemia. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*. 2021 Oct;78(5):411-7.

12. Oral manifestations of leukemia as part of early diagnosis Reyna Aguilar Quispe a,* , Elizabeth Marques Aguiara, Claudia Teresa de Oliveirab, Ana Cristina Xavier Nevesb, Paulo Sergio da Silva Santos a a Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de S~ ao Paulo (FOB USP), Bauru, SP, Brazil b Hospital Estadual Bauru (HEB) Arnaldo Prado Curvelo, Bauru, SP, Brazil
13. Sun Y, Wang C, Sun Y, Wang J, Rong C, Wu A, Ouyang G, Sheng L. Transformation from acute promyelocytic leukemia to acute myeloid leukemia with a CEBPA double mutation: A case report and review of the literature. *Medicine*. 2021 Feb 5;100(5):e24385.
14. Noma disease (cancrum oris, orofacial gangrene) in an acute myeloid leukemia patient: a case report Jiho Park¹, Sanghun Kim¹, Seung-Woo Shin¹, Chuhl Joo Lyu² and Dongwook Kim^{1*}
15. Angst PD, Dutra DA, Manso IS, Moreira CH, Kantorski KZ. Association between oral health-related quality of life and periodontal status in patients with leukemia. *International Dental Journal*. 2020 Oct 1;70(5):381-7.
16. Laheij AM, Dillen LM, Nur E, Raber-Durlacher JE. Self-perceived oral health in hemato-oncological patients and the relation to quality of life. *Supportive Care in Cancer*. 2024 Oct;32(10):1-2.
17. Marde SK, Kumar KR. Idiopathic Gingival Enlargement: A Case Report. *Cureus*. 2024;16(7).
18. Cheng TC, Chen JR, Wang RC, Chang KC, Hang JF. Primary Mast Cell Sarcoma of the Maxillary Sinus and Gingiva Mimicking Malignant Neuroendocrine Tumor: A Case Report. *Head and Neck Pathology*. 2024 Dec;18(1):1-7.
19. Lakshmanan P, Asnani H, Knorr D. Central diabetes insipidus induced by acute myeloid leukemia with DNMT3A mutation. *Case Reports in Endocrinology*. 2022;2022(1):2750146.
20. Qin ZY, Gu X, Chen YL, Liu JB, Hou CX, Lin SY, Hao NN, Liang Y, Chen W, Meng HY. Toll-like receptor 4 activates the NLRP3 inflammasome pathway and periodontal inflammaging by inhibiting Bmi-1 expression. *International Journal of Molecular Medicine*. 2021 Jan;47(1):137-50.
21. Woo T, Rosadas C, Ijaz S, Dicks S, Tosswill JH, Tedder RS, Taylor GP. Noninvasive detection of antibodies to human T-cell lymphotropic virus types 1

- and 2 by use of oral fluid. *Journal of Clinical Microbiology*. 2019 Dec;57(12):10-128.
22. A case report on concurrent occurrence of systemic mastocytosis and myeloid sarcoma presenting with extensive skin involvements and the results of genetic study Xinye Wang, MD, Lu Zhang, MD*, Daubing Zhou, MD, Hao Cai, MD, Xuan Wang, MD, Xianyong Jiang, MD
 23. Li Y, Yu J, Xu Q, Zhang K. Relapsed/refractory acute promyelocytic leukemia with RARA-LBD region mutation was salvaged by venetoclax: A case report. *Medicine*. 2021 Dec 3;100(48):e28076.
 24. Evaluation of oral complications in children undergoing chemotherapy: An observational study Ambati P, Virat Galhotra, Sunil Natha Jondhale, Tundup Dolker, Mugilan Ravi, Parth Rathod Department of Dentistry, AIIMS, Raipur, Chhattisgarh, India
 25. Liu Y, Kang J, Qi Z, Yang Y, Bai M, Yi H. Comparación de GLIM y PG-SGA para predecir los desenlaces clínicos de pacientes con resección de carcinoma escamoso de esófago. *Nutrición Hospitalaria*. 2023 Jun;40(3):574-82.
 26. Benites BM, Fonseca FP, Miranda-Silva W, Bruno JS, Tucunduva L, Fregnani ER. Myeloid sarcoma in the tongue. *Autopsy and Case Reports*. 2020 Oct 21;10(2):e2020160.
 27. Viviano M, Miracco C, Lorenzini G, Baldino G, Cocca S. Gingival Leiomyosarcoma in a Young Woman: Case report and literature review. *Sultan Qaboos University Medical Journal*. 2017 Nov;17(4):e472.
 28. Álvarez Álvarez C, Iglesias Rodríguez B, Pazo Irazu S, Delgado Sánchez-Gracián C. Metástasis gingival de adenocarcinoma de colon. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal (Internet)*. 2006 Feb;11(1):85-7.
 29. Vezhavendhan N, Vidyalakshmi S, Muthukumaran R, Santhadevy A, Sivaramakrishnan M, Gayathri C. Peripheral ameloblastoma of the gingiva. *Autopsy and Case Reports*. 2020 Oct 21;10:e2019127.
 30. Lima AP, Kitakawa D, Almeida JD, Brandão AA, Anbinder AL. Peripheral calcifying cystic odontogenic tumour of the maxillary gingiva. *BMC Research Notes*. 2012 Dec;5:1-3.

31. Resende RG, Brito JA, Souza LN, Gomez RS, Mesquita RA. Peripheral calcifying odontogenic cyst: a case report and review of the literature. *Head and neck pathology*. 2011 Mar;5:76-80.
32. Sheng S, Tipton N, Chang J, Meng HW, Tribble GD. Peripheral calcifying odontogenic cyst: a case report and comprehensive review of 60 years of literature. *Frontiers in Oral Health*. 2023 Aug 4;4:1223943.
33. Santana-Arenas KL, Guardado-Luevanos I, Padilla-Rosas M, Nava-Villalba M. Extraosseous Calcifying Odontogenic Cyst Initially Interpreted as a Parulis. *Case Reports in Dentistry*. 2024;2024(1):8966953.
34. Nahid R, Bansal M, Gupta K, Pandey S, Tiwari P, Agarwal R. Exophytic gingival growth of the maxillary canine region in a young individual: Extremely rare case report of peripheral dentinogenic ghost cell tumor. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*. 2020 Apr 1;16(3):661-4.
35. Hou Y, Deng W, Deng G, Hu L, Liu C, Xu L. Gingival metastasis from primary hepatocellular carcinoma: a case report and literature review of 30 cases. *BMC cancer*. 2019 Dec;19:1-0.
36. Dinakar J, Gowri S, Tryphena EA. Alveolar type of rhabdomyosarcoma of maxilla—A case report. *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology*. 2023 Apr 1;27(2):406-10.
37. McInturff M, Adamson A, Donaldson C, Nelson BL. Embryonal rhabdomyosarcoma of the oral cavity. *Head and Neck Pathology*. 2017 Sep;11:385-8.
38. Rabdomyosarkomu BE, Antite ÖB. Gingival Rhabdomyosarcoma in an Adult: A Unique Entity.
39. Motalebnejad M, Aminishakib P, Derakhshan S, Karimi A. Rhabdomyosarcoma of the maxillary gingiva. *Dental Research Journal*. 2018 Jan 1;15(1):80-3.
40. Tadashi Terada MD. Poorly differentiated angiosarcoma without vasoformative channels but with focal intracytoplasmic vacuoles mimicking liposarcomas☆.
- 41.

