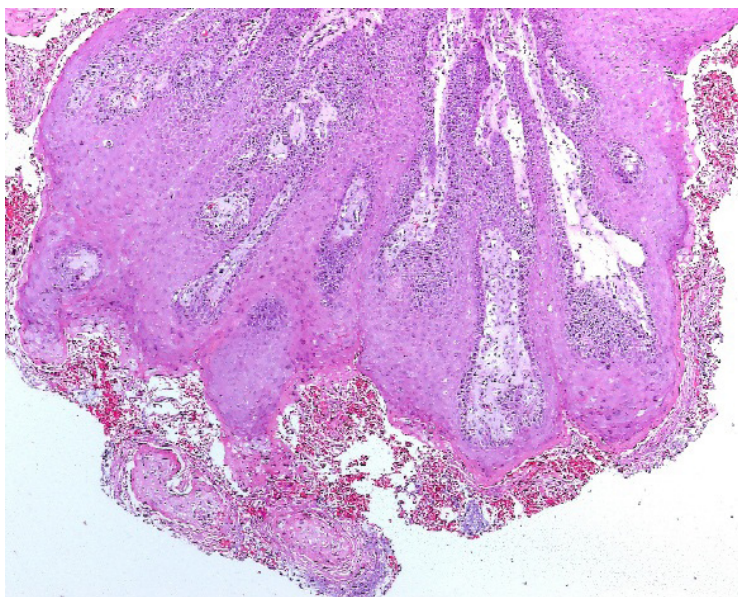


Claudia Patricia Peña Vega 1



Candidiasis hiperplásica. H&E 10x. Notoria acantosis del epitelio escamoso con papilomatosis y paraqueratosis. La superficie epitelial presenta numerosas estructuras micóticas de *Candida* sp.

Fuente: Claudia Patricia Peña

* Dedicamos las Lecturas recobradas a las memorias de la "Primera Jornada de Actualización en Patología Oral Y Maxilofacial" de las Facultades de Odontología y Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, realizado en septiembre 30 al 01 de octubre del año 2016, bajo la coordinación de la profesora asociada del Departamento de Salud Oral de la universidad Nacional de Colombia, Claudia Patricia Peña Vega. El objetivo general del encuentro fue realizar una jornada académica integral de actualización en el campo de la Patología Oral y Maxilofacial dirigida a los estudiantes, residentes, egresados, profesores, y profesionales odontólogos, médicos, de las diferentes especialidades de interés en el área de la Patología General y Oral que fortalezcan la interdisciplinariedad del diagnóstico en un contexto clínico, académico e investigativo. Con el propósito de actualizar a los odontólogos y médicos en el estado del arte, avances tecnológicos y científicos en los diferentes campos de la Patología Oral y Maxilofacial, fortaleciendo académica y científicamente el campo de la Patología Oral y Maxilofacial, enmarcado como ámbito importante del conocimiento de la Patología General. Proporciona y difunde el Servicio de diagnóstico histopatológico en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia. Todo esto, con el objetivo de crear un espacio académico para la presentación de casos clínicos y discusión de temas de interés, con la participación de diferentes expertos Patólogos de diferentes instituciones y creando nexos y vínculos académicos, hospitalarios y científicos con el Departamento de Patología de la Universidad Nacional de Colombia y la Sección Académica de Patología de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia.

1 DDS. OMFS. MSc. Profesora Asociada del Departamento de Salud Oral de Facultad de Odontología Universidad Nacional de Colombia. Cirujana Oral y Maxilofacial Universidad Nacional de Colombia, Magister en Educación Universidad Pedagógica Nacional, Patóloga Oral y Odontóloga Pontificia Universidad Javeriana. E-mail: cppenav@unal.edu.co

Citación sugerida:

Peña Vega CP. Primera Jornada de Actualización en Patología Oral y Maxilofacial. Acta Odontol Col [en línea] 2017;7(1): 121-138 [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]. Disponible Desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>

PATOLOGÍA ÓSEA MAXILOFACIAL: PARTE I

CLAUDIA PATRICIA PEÑA VEGA

DDS. OMFS. MSc. Profesora Asociada del Departamento de Salud Oral de Facultad de Odontología Universidad Nacional de Colombia. Cirujana Oral y Maxilofacial Universidad Nacional de Colombia, Magister en Educación Universidad Pedagógica Nacional, Patóloga Oral y Odontóloga Pontificia Universidad Javeriana. E-mail: cppenav@unal.edu.co

Se presenta un estudio comparativo de la Patología ósea del esqueleto axial, apendicular y cráneo facial. Para el diagnóstico de las lesiones óseas es necesaria la participación del ortopedista en huesos largos, el cirujano oral y maxilofacial en huesos faciales, la información clínica completa con la localización, edad y tiempo de evolución, junto con el diagnóstico imagenológico con la participación del radiólogo y por último el diagnóstico definitivo lo da la histopatología con la participación del patólogo y el patólogo oral. El laboratorio clínico sólo apoya en el Mieloma y el tumor pardo. Se explicaron los tipos de biopsia y las ocho pautas para definir un tumor óseo: Prevalencia, edad, imagenología, sexo, localización, pronóstico, tratamiento. Se presentaron comparativamente los tumores óseos de acuerdo a su tejido de origen, benignos y malignos: óseo, cartilaginoso, hematopoyético, notocordal, del cemento, fibrogénico, vasculares, origen incierto, neuroectodérmico y metastásico.

PATOLOGÍA ÓSEA MAXILOFACIAL: PARTE II

CLAUDIA PATRICIA PEÑA VEGA

DDS. OMFS. MSc. Profesora Asociada del Departamento de Salud Oral de Facultad de Odontología Universidad Nacional de Colombia. Cirujana Oral y Maxilofacial Universidad Nacional de Colombia, Magister en Educación Universidad Pedagógica Nacional, Patóloga Oral y Odontóloga Pontificia Universidad Javeriana. E-mail: cppenav@unal.edu.co

Se realizó presentación comparativa de la patología ósea del esqueleto axial, apendicular y cráneo facial. Se presentaron los tumores de naturaleza neoplásico indefinida (pseudotumorales)

1. Displasia Fibrosa
 - a. Monóstotica
 - b. Polistótica
2. Displasia Cemento ósea
 - a. Focal
 - b. Periapical
 - c. Florida
3. Fibroma Osificante
4. Quiste Óseo Aneurismático
5. Quiste Óseo Solitario (Simple/Unicameral)

6. Granuloma Reparativo De Celulas Gigantes
7. Tumor Pardo (Hiperparatiroidismo)
8. Granulomatosis De Celulas De Langerhans
 - a. Letterer -Siwe
 - b. Hand Schuller - Christian
 - c. Granuloma Eosinófilo
9. Histiocitosis Sinusal Con Linfadenopatía Masiva (Enfermedad "Rosai - Dorfman")
10. Pseudotumor Hemofílico

Se concluye dando las pautas para el informe correcto de las lesiones óseas de acuerdo a la CAP (Colegio Americano de Patología), y por último se presentan los dogmas y pautas para el adecuado diagnóstico de las lesiones óseas.

PATOLOGÍA INFECCIOSA ORAL Y MAXILOFACIAL

DIEGO LUIS ESQUIVEL CAMPO

DDS. OMFS. MSc. Profesor Titular Departamento de Salud Oral. Facultad de Odontología Universidad Nacional de Colombia. Cirujano Oral y Maxilofacial y Odontólogo de Universidad Nacional de Colombia. Magister en educación de la Universidad Pedagógica Nacional. E-mail: dleciru@gmail.com

Origen y localización microbiana en cavidad oral

La cavidad oral del feto en el útero se encuentra libre de gérmenes. A partir del nacimiento queda expuesta al tracto vaginal materno expuesta a especies de microorganismos como corinebacterias, lactobacilos, coliformes y cocos anaerobios facultativos, anaerobios estrictos y algunas veces protozoos.

Los primeros microorganismos colonizadores de la cavidad oral aparecen aproximadamente a las 8 horas del parto, siendo los primeros en aparecer y permanecer de manera constante los *Streptococcus salivarius* libres en la saliva y localizados en la lengua y las mucosas.

El medio bucal experimenta sus mayores cambios en la microbiota oral hacia los 6 o 7 meses de vida con la erupción de los primeros dientes temporales, apareciendo microorganismos con capacidad de adherirse al esmalte y a la unión dentogingival como los *Streptococcus Sanguis* y *Streptococcus* del grupo *Mutans* y aumento de los anaerobios.

Factores determinantes en el desarrollo microbiota bucal.

1. La temperatura de la cavidad bucal resulta óptima para el desarrollo de una amplia variedad de microorganismos

2. Aumento en el número de los microorganismos con la aparición, recambio y pérdida de dientes.
3. Cambios en el medio por variaciones en el potencial redox (Eh) de la biopelícula dental (lengua, saliva, encía adherida +30 a 310 mV, -200mV corona del diente y -360mV para el surco gingival) creando condiciones necesarias en la patobiología de la infección odontogénica.
4. pH bajo determinado por los niveles de acidez de la biopelícula dental.
5. Nutrientes exógenos como la sacarosa y endógenos en la saliva y el exudado gingival.
6. Los mecanismos de agresión les dan la capacidad de permanecer en un tejido al cual se adhieren. Esta capacidad está relacionada con la estructura de los microorganismos, como la cápsula, los componentes de la pared celular, las proteínas de la membrana externa como los lipopolisacáridos (LPS) y las fimbrias.

Patobiología de la infección odontogénica

El 95% de las infecciones de la cara y el cuello son de etiología microbiana mixta producidas por microorganismos aerobios – anaerobios, aunque solo un tercio de las bacterias en crecimiento sean anaeróbicas. Aproximadamente el 5% de las infecciones son causadas por aerobios. El proceso de desarrollo de la infección ha sido bien definido en la clínica y en el laboratorio infectando animales con microorganismos anaerobios y anaerobios desarrollando las dos fases de la infección: bacteriemia o celulitis producida por aerobios y el absceso por anaerobios.

Las bacterias aeróbicas de la cavidad bucal se caracterizan por sobrevivir en un medio con alto Eh (potencial eléctrico de óxido reducción con valor de +100 mv), la de adherirse a superficies lisas como los Estreptococos y diseminarse mediante su contenido enzimático. Las bacterias aerobias producen los nutrientes como la vitamina K necesarios para continuar el ciclo de anaerobiosis. La virulencia de los microorganismos anaerobios está determinada por su estructura bacteriana, el contenido enzimático que reducen respuestas inmunes como la quimiotaxis, la opsonización y la fagocitosis, adicionalmente los Gram-negativos liberan beta-lactamasas.

Respuestas del diente a los microorganismos

La caries dental genera toxinas que ingresan a través de la dentina generando respuestas inmunes locales a los microorganismos o a sus toxinas que pueden ser controladas a nivel de la pulpa, del periápice del diente o dependiendo de su virulencia diseminarse como una respuesta sistémica con manifestaciones clínicas como fiebre, malestar general valorados en el cuadro hemático y respuestas inmunes protectoras de tipo humoral frente a las bacterias extracelulares, eliminando los microorganismos o neutralizando sus toxinas.

Presentación clínica

Por el ciclo de crecimiento bacteriano y la virulencia de los microorganismos se pueden establecer diferencias clínicas y por imágenes entre la celulitis y el absceso; las cuales son determinantes para establecer un manejo médico-quirúrgico oportuno.

Factores determinantes en la diseminación de la infección odontogénica.

1. Edad: la madurez inmunológica comienza en diferentes etapas del organismo para diferentes antígenos, siendo algunos inmunógenos en el feto y el neonato, mientras que otros producen tolerancia.
2. Nutrición: dados los requerimientos metabólicos del niño su alimentación debe ser balanceada y completa; puesto que alteraciones en la ingesta, en la absorción o en el gasto metabólico comprometen los mecanismos de defensa a nivel celular y humoral específico e inespecífico amplificando la respuesta inmune ante microorganismos de baja virulencia con producción de complejos inmunes generadores de respuestas inflamatorias a distancia.
3. La saliva: puede favorecer o actuar como mecanismo de defensa. La lisozima puede lisar la pared celular de las bacterias Gram + o cuando se une a ellas estimular la producción de dipeptidos de muramil aumentando la respuesta inmune. Además, por su naturaleza catiónica produce agregación de las bacterias Gram -. A su vez las mucinas de la saliva (glicoproteínas, ácido siálico) contribuyen a la agregación bacteriana e inhiben la adhesión a mucosas; y los complejos de lactoferrina despojan a las bacterias del hierro disponible.
4. Barreras anatómicas: la mucosa con el flujo constante de la saliva y los epitelios con su descamación continua en ausencia de una unión firme de la adhesina bacteriana con el receptor desprende con rapidez a las bacterias de la superficie mucosa antes que invadan el tejido submucoso.

En general las infecciones se limitan o diseminan por vía hematogena, linfática, transporte axonal retrógrado por continuidad anatómica a través de los músculos de la cara que dependiendo de la ubicación del diente ejercen ajuste muscular o por fascias o aponeurosis de tejido conjuntivo que envuelven estructuras anatómicas vitales de la cara y el cuello. En los procesos inflamatorios agudos los exudados inflamatorios se acumulan disecándolos estableciéndose comunicación directa entre la cara el cuello y el mediastino por medio de espacios reales denominados espacios aponeuróticos que se clasifican de acuerdo a sus relaciones anatómicas en la cara y el cuello en espacios superficiales y profundos.

La celulitis infraorbitaria generalmente está asociada a infecciones de dientes temporales en el maxilar especialmente del canino y primer molar temporal y del canino y primer premolar permanente, lo que permitió aplicar la clasificación de Chandler para determinar el grado de severidad de las infecciones Odontogénicas. Dada la relación de la boca con las diferentes estructuras anatómicas de la cara y el cráneo la clasificación de Chandler tiene la misma connotación en el diagnóstico, pronóstico y manejo de la infección Odontogénica y la sinusal. Con fines diagnósticos el autor establece la premisa de que "la celulitis infraorbitaria en niños generalmente es de origen dental y la celulitis supra orbitaria en niños generalmente es originada en el seno etmoidal".

Trabajos de grados realizados por el servicio de cirugía oral y maxilofacial y dirigidos por el autor sobre la "Distribución porcentual del manejo médico quirúrgico de las infecciones Odontogénicas en la Fundación HOMI en pacientes de 1 a 16 años de edad en el periodo comprendido entre Enero de 2001 a Diciembre de 2006 comparado con los periodos de Junio de 1994 a Junio de 1998 a Diciembre de 2000" se encontró que la región más afectada por la infección Odontogénica es la cara superior con un 61% donde se encuentra la región infraorbitaria, la gingivodentaria, seno maxilar y la región bucal. Por su incidencia se detalla la clasificación, las características clínicas y el manejo médico-quirúrgico de las celulitis periorbitaria.

LA OBSERVACIÓN COMO UNA HERRAMIENTA PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL IDIOMA DE LAS CIENCIAS MÉDICAS

BENITO SERRANO GÓMEZ

MD, MSc. Profesor Asociado. Departamento de Patología. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Médico Cirujano, Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Patología U. Militar Nueva Granada - Hospital Militar Central. Magister en Educación Universidad Pedagógica Nacional. E-mail: bserranog@unal.edu.co

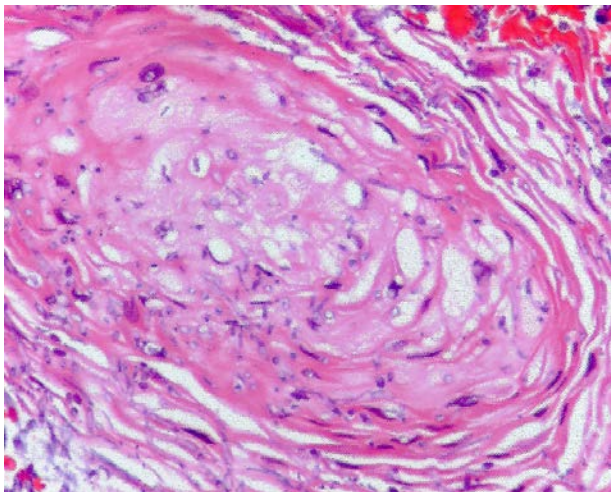
"El mundo era tan reciente, que muchas cosas carecían de nombre, y para mencionarlas había que señalarlas con el dedo." (Gabriel García Márquez en Cien años de soledad)

El lenguaje médico está conformado por multitud de términos – alrededor de 100.000 – siendo uno de los lenguajes especializados más importantes en todos los idiomas, muchos de ellos tomados de varios idiomas en calidad de "préstamos lingüísticos", la mayoría provienen del griego que fue el idioma de la medicina científica durante la antigüedad clásica y el resto del latín que durante la edad moderna se constituyó en el idioma de la medicina hasta el inicio de la edad contemporánea, y los menos del árabe y de otras lenguas modernas.

Cada uno de los términos del idioma médico tiene una historia propia como una "biografía" y nació en un momento específico con un marco histórico y cultural que lo marcó y por ellos algunos, a la luz del léxico actual son erróneos, pero persisten porque el uso y la costumbre son el soporte final de las palabras.

La observación que es el arte de examinar atentamente, de mirar con atención, de contemplar atentamente ha sido y sigue siendo herramienta fundamental en el proceso largo e inconcluso de la construcción del complejo mundo del idioma de las ciencias médicas muchas veces utilizando la asociación de hechos conocidos mediante la comparación con fenómenos nuevos.

La mirada histórica de la evolución de la jerga de las ciencias médicas nos permite apreciar y valorar el proceso evolutivo de nuestro idioma especial y nos invita a preservar la pureza de nuestro idioma español que es el mayor bien cultural del mundo hispánico.



Candidiasis hiperplásica. H&E 10x. Notoria acantosis del epitelio escamoso con papilomatosis y paraqueratosis. La superficie epitelial presenta numerosas estructuras micóticas de *Candida* sp.

TUMORES NO ODONTOGÉNICOS DE LA REGIÓN MAXILOFACIAL EN PEDIATRÍA

LINA JARAMILLO BARBERI

MD. Profesora Titular Departamento de Patología. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Médica Cirujana y Especialista en Patología Pontificia Universidad Javeriana – Instituto Nacional de Cancerología. Visiting Fellow en Patología Pediátrica Jackson Memorial Hospital, Miami University. E-mail: millito59@hotmail.com

Se hace una revisión con énfasis en las neoplasias comúnmente observadas en la práctica diaria. En las lesiones epiteliales se muestra el problema de los papilomas y la papilomatosis y su diagnóstico diferencial con otras lesiones epiteliales incluyendo el carcinoma escamocelular. De los tumores del tejido conectivo el fibroma y el granuloma piógeno son entidades frecuentes y se asocian generalmente a trauma. Las malformaciones vasculares son también importantes, en especial las linfáticas y lesiones como la fibromatosis y los miofibromas, aunque son de poca ocurrencia, deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial. Las lesiones neurales más frecuentes son benignas; el tumor de células granulares, neuromas, neurofibromas y neurilemomas pueden observarse como entidades aisladas o asociadas a síndromes específicos. Se habla igualmente de tumores malignos donde el rhabdomyosarcoma en su variedad embrionaria tiene un papel protagónico y debe distinguirse de otros tumores de células redondas pequeñas de la edad pediátrica, especialmente el Tumor neuroectodérmico primitivo (PNET), el PNET melanótico de la infancia y el Estesioneuroblastoma. Finalmente se hace referencia a las lesiones mixtas donde se nombran diversos tipos de hamartomas, la mayoría de la lengua y los teratomas, en sus variedades madura, inmadura y maligna.

TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES

LUIS FERNANDO JARAMILLO

MD, MSc. Patólogo. Departamento de Patología Hospital Universitario San Ignacio. Profesor asociado Facultad de Medicina Pontificia Universidad Javeriana. Médico Cirujano Universidad Caldas. Especialista en Patología Pontificia Universidad Javeriana – Instituto Nacional de Cancerología. Magister en Epidemiología Pontificia Universidad Javeriana. E-mail: luis.jaramillo@javeriana.edu.co

Se presenta revisión sobre las lesiones tumorales benignas y malignas más relevantes en la práctica médico-odontológica general, haciendo énfasis en los aspectos clínicos, epidemiológicos e histopatológicos. Se examinan los criterios para graduar estos tumores, así como las variables determinantes para una apropiada estadificación de los pacientes y sus implicaciones de orden pronóstico y terapéutico.

LEUCOPLASIA: EXPERIENCIA EN EL LABORATORIO DE PATOLOGÍA GENERAL

VIVIANA LETICIA ARIAS PEDROZA

MD. Patóloga. Profesora Asociada. Departamento de Patología. Universidad Nacional de Colombia. Médica Cirujana Universidad Libre de Colombia. Especialista en Patología Anatómica y Clínica Universidad Nacional de Colombia. Dermatopatóloga Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. E-mail: vlariasp@unal.edu.co

En la primera parte de la conferencia se presentó una revisión actualizada del tema en los aspectos de la Definición, Patogénesis, Manifestaciones clínicas, Características histológicas, Diagnóstico diferencial, Pronóstico y Tratamiento. En la segunda parte de la conferencia se presentó la experiencia profesional en un laboratorio de patología general de Bogotá en el periodo comprendido entre el 1ro de enero de 2012 y el 30 de abril de 2016, se mostró un análisis comparativo con otros estudios de Colombia y de la literatura mundial del estado actual de esta patología y se hicieron recomendaciones para el diagnóstico y la correlación clínico-patológica.

PROLIFERACIONES HEMATO-LINFOIDES EN CAVIDAD ORAL

EDNA MARGARITA QUINTERO

MD. Instructor Asociado. Facultad de Medicina Universidad El Bosque. Médica Cirujana, Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Patología Pontificia Universidad Javeriana. Programa de profundización en Patología Pediátrica Universidad Nacional de Colombia - Fundación Hospital de la Misericordia HOMI. E-mail: equinteroc@fundacionhomi.org.co

Las lesiones hematolinfoides en la cavidad oral representan un gran reto diagnóstico ya que la morfología macroscópica-clínica es semejante a la de múltiples lesiones de diversas etiologías. Igual reto diagnóstico es su estudio histopatológico, que generalmente requiere técnicas complementarias como la inmunohistoquímica. Ésta técnica está basada en una reacción antígeno-anticuerpo resultando una tinción positiva cuando la molécula es detectada. El análisis conjunto de los estudios de rutina y los complementarios permite en la mayoría de los casos la clasificación definitiva de estas lesiones; en otros de acuerdo a la disponibilidad es preciso técnicas como pruebas moleculares. Una gran parte del correcto abordaje diagnóstico es los datos clínicos aportados que deben ser claros, pertinentes y oportunos, y que son una herramienta fundamental en el ejercicio de la patología.

DDS. OMFS. Profesor catedrático. Departamento Salud Oral. Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia. Odontólogo, Cirujano Oral y Maxilofacial de Universidad Nacional de Colombia. E-mail: eohernandezb@unal.edu.co

La Hiperplasia Condilar es una alteración caracterizada por crecimiento excesivo y progresivo, que afecta el cóndilo, cuello, cuerpo y rama mandibular uni o bilateral. El paciente consulta por franca asimetría facial con desviación mandibular, maloclusión y en algunos casos sintomatología articular; se detecta usualmente entre la segunda y la tercera década de la vida. Existen varias clasificaciones, entre ellas de la del Doctor Wolford, y Obegesser, las cuales basadas en características clínicas se deben combinar con la determinación de si el crecimiento es activo o inactivo, lo cual resulta trascendental para determinar si el paciente requiere condilectomía o solamente el manejo de la anomalía dentofacial. Actualmente el diagnóstico se basa en parámetros principalmente clínicos y en segunda instancia imagenológicos, los cuales combinados con un seguimiento al paciente me permiten determinar la mejor opción terapéutica y el momento para su realización.

QUISTES ODONTOGÉNICOS NUEVA CLASIFICACIÓN WHO 2017**CLAUDIA PATRICIA PENA VEGA**

DDS. OMFS. MSc. Patóloga Oral. Profesora Asociada. Departamento de Salud Oral. Facultad de Odontología. Directora del departamento de Salud Oral, Coordinadora de la Sección Académica de Patología. Patóloga Oral Fundación HOMI Hospital La Misericordia. E-mail: cppenav@unal.edu.co

Se realizó la presentación de la nueva clasificación de la WHO de los Quistes Odontogénicos 2017.

Quistes Inflamatorios:

- Radicular (Apical – Periapical) Residual
- Quistes colaterales Inflamatorios:
 1. Paradental
 2. Mandibular Bucal de la Bifurcación (Paradental Juvenil)

Quistes Del Desarrollo de Origen Incierto:

- Quiste Dentígero (Folicular)
- Queratoquiste Odontogénico
- Quiste Odontogénico Ortoqueratinizado
- Quiste Lateral Periodontal/ Quiste Botrioides Odontogénico
- Quiste Glandular (Sialo-Odontogénico)
- Quiste Odontogénico calcificante

Durante la conferencia se profundizó en los quistes inflamatorios en población pediátrica especialmente en el Quiste Bucal de la Bifurcación, explicando su fisiopatología y presentando una serie de casos de la Fundación Hospital La Misericordia.

DDS. Profesor Titular. Facultad de Odontología. Pontificia Universidad Javeriana. Odontólogo Universidad de Cartagena. Patólogo Oral Pontificia Universidad Javeriana y Universidad El Bosque. Abogado, U. Católica. E-mail: bustillo@javeriana.edu.co

La responsabilidad profesional del patólogo oral se encuentra enmarcada dentro del régimen de las obligaciones de medios y /o resultado, que deriva de la actividad propia de la especialidad. El patólogo oral, debe garantizar el correcto diagnóstico histopatológico y orientación clínica de la patología, obtenida por medio de biopsias de tejidos blandos, duros o por aspiraciones, haciendo uso correcto de los recursos disponibles para tal fin, desde la preservación del tejido, disponiendo de la coloración de rutina, hematoxilina y eosina, coloraciones especiales, inmunohistoquímica, estudios moleculares, citogenéticos, entre otros. Es diligente y prudente el uso de interconsultas con profesionales especialistas en patología en caso de duda diagnóstica.

En principio la obligación del patólogo oral es de resultado, por ende, cuando sea necesario, se puede hacer uso en caso de duda, de la segunda opinión a través de los profesionales de la patología para dar cumplimiento cabal a la *lex artis*, evitar la pérdida de la oportunidad que tiene el paciente para curarse y evitar el error diagnóstico.

De acuerdo al actuar del patólogo oral para realizar el diagnóstico haciendo uso de los medios disponibles en el laboratorio, se puede catalogar como de media la obligación, en caso contrario se puede desvirtuar su actuar y estar sumergido en la obligación de resultados.

La importancia de imponer obligación de medios o de resultados radica en los efectos jurídicos, que estas obligaciones conllevan; la obligación de medios, implica que el profesional no respondería por el resultado definitivo del diagnóstico patológico cuyo resultado es la sola descripción microscópica.

La obligación de resultado en concreto implica que el patólogo debe responder por el diagnóstico definitivo de la patología, no admite equivocación, y solo tendría que demostrar que, por un caso fortuito, o fuerza mayor, tuvo el error diagnóstico.

Cuando se recibe muestras para patología no rotuladas, o con error de ubicación exacta, error en la preservación, no indicación del tipo de tejido, se incurre en falsos juicios de existencia, de identidad que infieren implícitamente en falso raciocinio de interpretación con la respectiva consecuencia del error médico u odontológico.

Md. Patóloga. Profesora asociada. Departamento de patología. Universidad Nacional de Colombia. Médica cirujana Universidad Libre de Colombia. Especialista en patología anatómica y clínica Universidad Nacional de Colombia. Dermatopatóloga facultad de medicina, Universidad Nacional de Colombia. E-mail: vlariasp@unal.edu.co

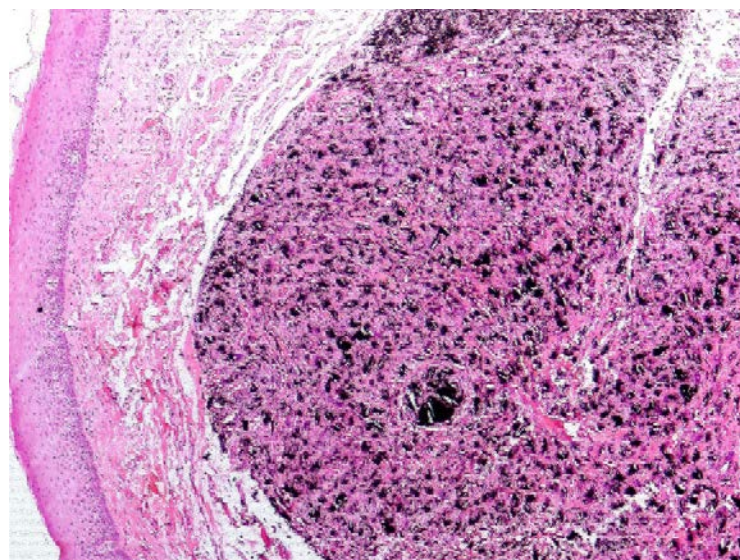
Se realizó una exposición de siete casos de enfermedades de la región orofacial escogidos de la experiencia en el ejercicio profesional, de interés por ser patologías frecuentes y otras raras para su reconocimiento, que incluyó la información clínica con imágenes representativas, fotografías de las características histopatológicas, una revisión actualizada del tema y recomendaciones claves para el diagnóstico. Las enfermedades presentadas fueron: épulis congénito del recién nacido, queilitis folicular, xantoma verruciforme, liquen plano oral, disqueratoma verruciforme, melanosis oral, leucoedema/ névus esponjoso blanco.

LESIONES MESENQUIMALES DE CABEZA Y CUELLO

HUMBERTO QUINTANA MUÑOZ

MD. Patólogo Sénior del Departamento de Patología del Hospital Universitario San Ignacio. Profesor Asociado Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Javeriana. Médico Cirujano Universidad del Valle. Especialista en Patología Universidad de Antioquia. Especialista en Patología Tumoral, Instituto Nacional de Cancerología. E-mail: vlariasp@unal.edu.co

Ilustra una aproximación a los Sarcomas de Cabeza y Cuello representando el 1% de las Malignidades Humanas pero que constituyen un serio desafío Diagnóstico. Se hizo un enfoque Clínico, Morfológico, Inmunohistoquímico y Molecular de las Lesiones más frecuentes: Rabdomiosarcoma, Sarcoma Alveolar, Tumor Fibroso Solitario, Sarcoma Sinovial, Angiosarcoma, Sarcoma Miofibroblástico de Bajo Grado (Miofibrosarcoma de Bajo Grado) y Dermatofibrosarcoma Protuberans. Se concluye de acuerdo a la revisión de la literatura y la experiencia; con la presentación de las variables/dogmas para el diagnóstico de los tumores de tejidos blandos.



Tatuaje por amalgama. H&E 10x.
Mucosa oral con depósitos de gránulos negruzcos entremezclados con colágeno denso y escaso infiltrado inflamatorio linfocitario, que se disponen formando un nódulo bien delimitado en el corion.

INMUNOHISTOQUÍMICA Y BIOLOGÍA MOLECULAR EN PATOLOGÍA ORAL

NATALIA OLAYA MORALES

MD. PhD. Patóloga Departamento de Patología. Profesora Catedrática. Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia. Médica Cirujana Universidad de Antioquia. Especialista en Patología U. de Antioquia. Doctor PhD en Bioquímica y Biología molecular, Université Paris 11. E-mail: naolayamo@unal.edu.co

Durante el siglo XX la biología ha avanzado y cambiado mucho. En particular, en los últimos 20 años, se han desarrollado las técnicas de análisis bioinformático y de evaluación genética masiva. No obstante, el diagnóstico en patología sigue estando basado principalmente en el análisis morfológico, ya que no ha podido ser reemplazado y no existe un verdadero marcador tumoral. El laboratorio de patología actual incluye estudios genéticos, inmunohistoquímicos, citometría de flujo y de biología molecular. Las enfermedades en las cuales estas técnicas tienen aplicación en patología oral son los tumores. En orden de frecuencia el carcinoma escamoso y los tumores de glándulas salivares. Por último, se encuentran los tumores odontogénicos. La inmunohistoquímica, que es la técnica de las mencionadas que puede considerarse de rutina, es solicitada por el patólogo según cual sea la sospecha morfológica y es importante ya que permite confirmar el diagnóstico morfológico. No existe un panel absoluto y cada profesional utiliza los marcadores de su preferencia. Los hallazgos de los estudios genéticos, los cuales son dinámicos, nos permiten cada día comprender mejor la génesis de los tumores y permitirán en un futuro orientar el tratamiento. No obstante, ninguna de estas alteraciones tiene en el momento aplicación terapéutica.

TUMORES ODONTOGÉNICOS BENIGNOS, CLASIFICACIÓN 2017

ENNYA LEONEL TRIANA

DDS. Patóloga y Cirujana Bucal. Docente Ocasional. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Colombia. Odontóloga, Fundación Universitaria San Martín. Especialista en Patología y Cirugía Bucal Pontificia Universidad Javeriana. E-mail: ennya_0110mi@hotmail.com

Los Tumores odontogénicos benignos son neoplasias atípicas potencialmente agresivas, multifactoriales, derivados del tejido odontogénico embrionario, Lesiones óseas localmente destructivas dependiendo del tipo histológico, 1% de todos los tumores benignos en el ser humano, corresponde del 3% al 16.4% de todas las lesiones tumorales benignas de la región maxilofacial. Controversias de la clasificación del 2005 a la nueva clasificación del 2017 se encuentran una referente al Tumor odontogénico queratoquístico que indica que las alteraciones moleculares encontradas en la actualidad no son suficientes para determinar un origen neoplásico, por tal motivo se cambió su connotación a quiste odontogénico nuevamente y la aparición del tumor odontogénico primordial descrito por primera vez en el 2014 por la Escuela británica de histopatología.

Tumores Epiteliales Benignos O Localmente Agresivos Limítrofes O Borderline

- Ameloblastoma:
 - Sólido/Multiquístico
 - Uniquístico (Simple E Intramural)
 - Periférico/Extra-Óseo
- Tumor Odontoescamoso
- Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante
- Tumor Odontogénico Adenomatoide

Tumores Mixtos Con Epitelio Y Mesénquima

- Fibroma Ameloblástico
- Tumor Odontogénico Primordial
- Odontoma (En Desarrollo, Compuesto, Complejo)
- Tumor Odontogénico De Células Fantasma

Tumores Del Mesénquima Con (Limitada) O Sin Presencia De Epitelio Odontogénico

- Fibroma Odontogénico
- Mixoma/Mixofibroma Odontogénico
- Cementoblastoma

UTILIDAD DE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS EN LAS LESIONES DE CABEZA Y CUELLO EN PEDIATRÍA

LUZ ÁNGELA MORENO

G.MD, Radióloga. Profesora Asociada Departamento de Imágenes Diagnosticas. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Médica Cirujana, Especialista en Radiología, Magister en Educación Universitaria de la Universidad Nacional de Colombia. E-mail: lamorenog@unal.edu.co

Las masas en cuello son una indicación frecuente de imágenes diagnósticas en el paciente pediátrico y al igual que en otras áreas del cuerpo, las patologías que afectan a la población en este grupo de edad son diferentes a las del adulto.

Si bien las diferentes entidades pueden ser de origen congénito, inflamatorias y tumorales, la modalidad de imagen de elección debe ser aquella que brinde el mejor balance entre el riesgo y beneficio para aportar en el diagnóstico de la patología del paciente, plantear diagnósticos diferenciales y determinar la extensión de la enfermedad.

En la actualidad, son varias las modalidades diagnósticas útiles en el diagnóstico de la patología del cuello en niños como son: radiología convencional, ultrasonido, tomografía computarizada, resonancia magnética nuclear y recientemente el uso del PET CT. Estas deben ser elegidas de acuerdo a la sospecha clínica.

Entre las patologías que con frecuencia se benefician del apoyo de las imágenes para su diagnóstico se encuentran, las adenopatías ya sean inflamatorias o secundarias a patología tumoral, los abscesos de localización retrofaríngea, procesos inflamatorios como la angina de Ludwig y el síndrome de Lemierre.

Las imágenes en malformaciones vasculares ayudan a definir si la lesión es de bajo o alto flujo y permiten caracterizar la presencia de quistes en su interior como en el caso de la malformación linfática. Entre las lesiones congénitas se debe considerar al quiste del conducto tirogloso, tiroides ectópica y quistes de las hendiduras branquiales.

Las lesiones tumorales menos frecuentes, también se benefician en su diagnóstico de las imágenes como son el linfoma, el rhabdomioma, neuroblastoma y carcinoma de tiroides.

DDS. Radióloga Maxilofacial. Departamento de Ciencias Básicas y Medicina Oral. Profesora Asociada Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Colombia. Odontóloga Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Radiología Maxilofacial, U. de Chile. Magister en Antropología de la Universidad Nacional de Colombia. E-mail: hgcamargoh@unal.edu.co

Objetivo: Presentar los Principios Orientadores de la Interpretación Radiográfica de las Patologías del Área Dentomaxilofacial. **Puntos de la presentación:** Conceptos generales sobre el proceso de interpretación radiográfica. Fases del proceso de interpretación radiográfica. **Conceptos generales:** Durante el proceso de elaboración de la historia clínica, el examen radiográfico se ubica dentro de la sección de Exámenes imagenológicos de apoyo diagnóstico. El examen radiográfico es interpretado a partir de un proceso sistemático en el que se relaciona un algoritmo de estudio de la imagen con la habilidad de reconocer y entender el significado de los hallazgos, lo que conduce a identificar la patología. La interpretación radiográfica ha de ser consignada en todos los casos en la historia clínica y constituye un reporte con carácter médico-legal. El proceso sistemático implica ciertas fases que deben seguirse con rigor a fin de no perder información y aumentar el rendimiento diagnóstico.

Fases del proceso de interpretación radiográfica

Fase 1: Establecer el tipo y cantidad de imágenes adecuadas para observar la patología, considerando sus alcances y limitaciones. En este sentido se considera en primera instancia el examen radiográfico convencional acorde con la región anatómica de interés. Tiene como ventajas su alta resolución, gran cantidad de información, baja dosis de radiación y accequibilidad. Como desventajas: la bidimensionalidad de la imagen y su posibilidad de distorsión proyeccional. Si las imágenes bidimensionales no ofrecen información suficiente para establecer el diagnóstico, puede acudirse a las imágenes de tomografía volumétrica. Ello implica conocer las bases de generación de esta tecnología, así como la terminología básica relacionada como: dirección de corte, espaciado de corte, tridimensión, resolución, reconstrucción, voxel, pixel, volumen, campo de visión, reformato multiplanar e imagen de intensidad máxima, entre otros; así mismo conocer las ventajas de la imagen tomográfica tales como: Imágenes de corte en todos los planos ortogonales y oblicuos, ausencia de distorsión de tamaño, simulación volumétrica, múltiples herramientas de edición para realce de la imagen, baja radiación para el paciente en comparación con tomografías axiales computarizadas de uso médico, poco tiempo de adquisición y reconstrucción de la imagen y costo accequible para el paciente. Entre sus desventajas están: artefactos de ruido, baja resolución, alta dosis de radiación en comparación con las radiografías bidimensionales y pobre imagen de los tejidos blandos. Implica igualmente conocer la anatomía tomográfica maxilofacial multiplanar y las patologías de los tejidos duros que dan imagen radiográfica.

Fase 2: Una vez elegida la imagen indicada según el tejido de interés, se procede a detectar la anomalía: Identificar, evaluar y describir la anatomía proyectada en la imagen, sus posibles variantes, alteraciones y artefactos, siguiendo un protocolo de lectura: para imágenes bidimensionales dividiendo en secciones la imagen y realizando la observación de cada parte, así como el análisis exhaustivo y comparativo. Así mismo para las imágenes tomográficas en las que se hará uso de planos ortogonales, oblicuos, transversales y de volumen, observando en varias ventanas, modos de imagen y grosores de corte, sin dejar de lado estructuras anatómicas que muchas veces no son

familiares para el odontólogo tales como el complejo osteomeatal, el complejo de senos paranasales, la vía aérea, la columna cervical, la ATM y la bóveda craneana. Para ello se deben proveer las condiciones adecuadas de visualización: un negatoscopio de luz intensa y uniforme para las imágenes análogas ó un monitor de alta resolución para las imágenes digitales bidimensionales o tridimensionales.

Fase 3: Se realiza el reporte de la evaluación radiológica de la imagen acorde con características propias de la patología tales como: localización (lesión única, Múltiple, zonas de ubicación), tamaño (dimensiones precisas en los tres planos), forma y contorno (Patrón óseo, Forma redondeada, Irregular, Locular), bordes (definidos, Corticalizados, Encapsulados, indefinidos), apariencia interna (radiolúcida, radiopaca, Mixta) y compromiso de estructuras vecinas (invasivo, Auto limitante, Perforante, desplaza o reabsorbe dientes o corticales).

Fase 4: Interpretación de los hallazgos, teniendo en consideración: que varias patologías distintas presentan una imagen radiográfica similar, varias patologías no tienen una imagen típica que permita su detección, y la interpretación de hallazgos requiere conocimientos y experticia.

Fase 5: Se clasifica la patología de manera preliminar en Traumática, quística, inflamatoria, fibro ósea, tumoral, benigna, maligna y ontogénica o no ontogénica. Los hallazgos deben correlacionarse con: edad, ancestro, sexo, sintomatología y tiempo de evolución.

Fase 6: Impresión diagnóstica. El diagnóstico radiográfico frecuentemente es presuntivo. Debe ir acompañado por los diagnósticos diferenciales y las recomendaciones sobre otras imágenes complementarias, estudios histopatológicos y de laboratorio que permitan establecer el diagnóstico definitivo de la patología.