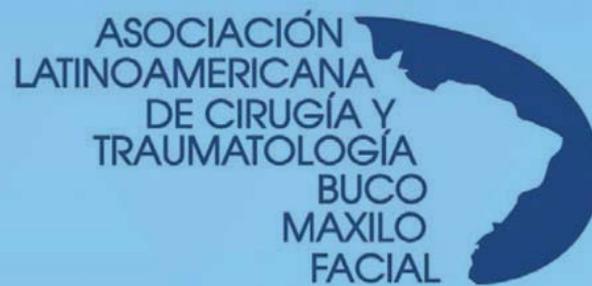


# Latin American Journal of Oral and Maxillofacial Surgery



2023 | 3

Julio-Septiembre,  
Vol. 3, Núm. 3



<https://alacibu.net/>





## Comité Ejecutivo de ALACIBU

### Comité Ejecutivo

#### Presidente

César Villalpando Trejo (México)

#### Presidente Electo

Humberto Fernández (Colombia)

#### Presidente Saliente

Raúl Parra Armas (Venezuela)

#### Secretario

Juan José Trujillo Fandiño (México)

#### Tesorero

Francisco G García González (México)

### Vocales

#### Región México y Caribe

Zoilo Núñez (República Dominicana)

#### Región Centroamérica

Marina Navas (El Salvador)

#### Región Andina

Beatriz Mejía (Colombia)

#### Región Cono Sur

Mario Venturini (Argentina)

#### Representante en IAOMS

Leopoldo Meneses Rivadeneira (Perú)

#### Presidente CIALACIBU

Humberto Fernández (Colombia)

#### Comité Educación

Rodolfo Asensio (Guatemala)

José Antonio García Piña (México)

#### BLACIBU

Henry García (Venezuela)

### Comité de Residentes

Flor Millán (Guatemala)

### Comité de Educación Continua

Rodolfo Asensio Guerrero (Guatemala)

Daniel Natri (Brasil)

Edwin Ramírez (El Salvador)

Nicolas Bachur (Argentina)

### Comité Servicios de Cirugía

Manuel Loaiza (Colombia)

Cesia González (México)

### Comité Marketing, Comunicación y Redes Sociales

Eduardo Ortiz Ramírez (México)

Fernando Díaz Príncipe (Perú)

Jesús Botello Orozco (México)

### Comité de Investigación

Sergio Olate (Chile)

Gustavo Vargas (Costa Rica)

### Comité de Bioética

Alfonso Venturelli (Argentina)

### Comité de Ética

Ma. Luisa López Salgado (México)

### Comité Editorial

Luiz F Lobo (Brasil)

### Comité Memorial

Mario Scarrone (Uruguay)

María Herminia Bellorín (Venezuela)

### Premio, Galardones y Certificados

Víctor González Olmedo (México)

Oswaldo Vera (Paraguay)

**Latin American Journal of Oral Maxillofacial Surgery** Vol. 3, Núm. 3 Julio-Septiembre 2023. Es una publicación trimestral editada y distribuida por la Asociación Latinoamericana de Cirugía y Traumatología Bucal Maxilofacial, A.C. Hortensia 33 casa 3. Col. Ciudad Jardín. Del. Coyoacán. C.P. 04370. Ciudad de México. México. Tel. 81 8347 9828. [www.medigraphic.com/lajoms](http://www.medigraphic.com/lajoms) [lajoms@medigraphic.com](mailto:lajoms@medigraphic.com) Editor responsable: Dr. Luiz Lobo Leandro. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo 04-2023-090611283400-102. ISSN: 2992-7757. Ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número, Departamento de Internet, Graphimedic, S.A. de C.V., Ing. Luis Rosales Jiménez. Coquimbo 936. Col. Lindavista, Alcaldía Gustavo A. Madero. C.P. 07300. Ciudad de México, México. Fecha de última modificación 14 de Febrero de 2024.

En internet indizada y compilada en **Medigraphic Literatura Biomédica** [www.medigraphic.com/lajoms](http://www.medigraphic.com/lajoms)



## Comité Editorial

Editor en Jefe  
Luiz Lobo

Editor Jefe Adjunto  
Henry García Guevara

Editor de Enlace  
Juan Trujillo

Editor Jefe Adjunto  
Marilia Gerhart

## Editores Asociados

### **Deformidades congénitas y craneofaciales (incluso HLP)**

Editor de Sección  
Rodolfo Asensio Guerrero  
Editor de Sección Adjunto 1  
Julio González  
Editor de Sección Adjunto 2  
Rafael Ruiz

### **Cirugía ortognática y procedimientos para deformidades dentoalveolares**

Editor de Sección  
Juan Trujillo  
Editor de Sección Adjunto 1  
Pedro Sole  
Editor de Sección Adjunto 2  
Jorge Ravelo

### **Cirugía estética facial**

Editor de Sección  
José Antonio Piña  
Editor de Sección Adjunto 1  
Laureano Filho  
Editor de Sección Adjunto 2  
Sergio Olate

### **Traumatología bucomaxilofacial**

Editor de Sección  
Jorge Barona  
Editor de Sección Adjunto 1  
Raphael Guerra  
Editor de Sección Adjunto 2  
Graciela Giannunzio

### **Tratamiento de articulación temporomandibular**

Editor de Sección  
Kelly C. T. Marinho  
Editor de Sección Adjunto 1  
Beatriz Mejía  
Editor de Sección Adjunto 2  
Alejandro Martínez

### **Patología de la región bucomaxilofacial**

Editor de Sección  
Leopoldo Meneses  
Editor de Sección Adjunto 1  
Gerardo Cuenca  
Editor de Sección Adjunto 2  
César Villalpando

### **Cirugía asociada a implantes**

Editor de Sección  
Humberto Fernández  
Editor de Sección Adjunto 1  
Raúl Parra  
Editor de Sección Adjunto 2  
José Galiano

### **Oncología de cabeza y cuello**

Editor de Sección  
Zoilo Núñez  
Editor de Sección Adjunto 1  
Ludwing Méndez  
Editor de Sección Adjunto 2  
Huáscar Aillón

### **Cirugía reconstructiva**

Editor de Sección  
Laura Pacheco

Editor de Sección Adjunto 1  
Gustavo Vargas  
Editor de Sección Adjunto 2  
Daniel Benaim

### **Medicina oral-terapéutica**

Editor de Sección  
José Cedeño  
Editor de Sección Adjunto 1  
Manuel Loaiza  
Editor de Sección Adjunto 2  
Hiroshi Concha

### **Cirugía dentoalveolar**

Editor de Sección  
Ystvan Papp  
Editor de Sección Adjunto 1  
Alfonso Venturelli  
Editor de Sección Adjunto 2  
Tatiana Ramírez

### **Imagenología (incluye planificación digital)**

Editor de Sección  
Adalsa Hernández  
Editor de Sección Adjunto 1  
Ítalo Funes  
Editor de Sección Adjunto 2  
Iliana Picco

### **Investigación y tecnologías emergentes (incluye revisiones sistemáticas)**

Editor de Sección  
Henry García Guevara  
Editor de Sección Adjunto 1  
Daniel Natri De Luca  
Editor de Sección Adjunto 2  
Nicolás Solano

**Editorial**

- 115 **Palabras de bienvenida del Presidente, 2024-2025**  
Humberto Fernández Olarte

**Trabajo de investigación**

- 116 **Gestión de la Calidad del Centro de Investigación Clínica de un hospital de la red privada, basada en la planificación estratégica organizada sobre procesos de metodología ágil y predictiva**  
Ana Tarina Alvarez-Lopes,  
Murilo Cesar Soares-Barbosa, Nivaldo Vasconcelos-Azevedo,  
Carolina Therezinha Goubo Alves-Moreira, Isabela Barros

**Casos clínicos**

- 124 **Gingivitis descamativa como signo clínico de desórdenes inmunológicos: estudio de serie de casos**  
José Gabriel Zambrano, Rodolfo J Gutiérrez Flores,  
Carmen Cecilia Jiménez
- 133 **Fibroma traumático gigante. Reporte de caso**  
Darío Sosa, Arianna Graterol, Elizabeth Albornoz,  
Ronar Gudiño
- 136 **Lipoma de piso de boca. Presentación atípica**  
Gustavo Bustamante, Alejandro Cedeño,  
Ligia Pérez, Patricia López, Karina Ruiz
- 139 **Queratoquiste odontogénico imitando quiste periodontal lateral. Reporte de un caso**  
Freddy Rodríguez, Samantha Villalobos,  
Carolina Bonilla, Mariana Villarroel

**Editorial****115 Welcome words from the President, 2024-2025**

Humberto Fernández Olarte

**Original research****116 Quality management of the Clinical Research Center of a private network hospital, based on strategic planning formatted on agile and predictive methodology processes**

Ana Tarina Alvarez-Lopes,  
Murilo Cesar Soares-Barbosa, Nivaldo Vasconcelos-Azevedo,  
Carolina Therezinha Goubo Alves-Moreira, Isabela Barros

**Clinical cases****124 Desquamative gingivitis as a clinical sign of immunological disorders: study of a number of cases**

José Gabriel Zambrano, Rodolfo J Gutiérrez Flores,  
Carmen Cecilia Jiménez

**133 Giant traumatic fibroma. Case report**

Darío Sosa, Arianna Graterol, Elizabeth Albornoz,  
Ronar Gudiño

**136 Lipoma of the floor of the mouth. Atypical presentation**

Gustavo Bustamante, Alejandro Cedeño,  
Ligia Pérez, Patricia López, Karina Ruiz

**139 Odontogenic keratocyst mimicking lateral periodontal cyst. Report of a case**

Freddy Rodríguez, Samantha Villalobos,  
Carolina Bonilla, Mariana Villarroel



Julio - Septiembre 2023  
Vol. 3, núm. 3 / p. 115

## Palabras de bienvenida del Presidente, 2024-2025

*Welcome words from the President, 2024-2025*

Humberto Fernández Olarte\*

Reciban todos un cordial saludo.

Quiero nuevamente felicitar a todos y cada uno de los participantes en los distintos comités que lograron, sin duda, el éxito absoluto del CIALACIBU 2023 (Paraguay). Agradecer también a todos aquellos que, de manera silenciosa y que en ocasiones no notamos, hacen que todo funcione, me refiero a técnicos, audiovisuales, logística interna en general. Es un honor asumir la presidencia de esta sociedad y quiero compartir con ustedes la importancia de la responsabilidad social en nuestro papel como líderes. No somos sólo cirujanos, también agentes de cambio en nuestra comunidad y más allá. Cuando digo más allá, me refiero a no sólo limitarnos a tratar a nuestros pacientes y nada más. Nuestra responsabilidad no se limita a los pacientes que atendemos en nuestras clínicas y hospitales, sin que los haga menos importantes pues, por sí solos lo son. También debemos considerar a nuestros asociados, aquéllos que trabajan junto a nosotros, en realidad me refiero a nuestras responsabilidades, con las nuevas generaciones. Sin temor a equivocarme, son nuestro producto, aprenden de nosotros y contribuyen al avance de nuestra especialidad. Todos como asociados enfrentamos desafíos similares, lidiar con la presión, la carga de trabajo y las expectativas del futuro. Como líderes, debemos asegurarnos que tengan acceso a recursos de apoyo, capacitación continua y oportunidades de crecimiento. Su bienestar y desarrollo son fundamentales para el éxito.

De igual forma debemos fomentar la colaboración y solidaridad, la cirugía maxilofacial es una disciplina que requiere de estas dos, debemos generar un ambiente donde los asociados se apoyen mutuamente. Esto incluye compartir conocimientos, brindar mentoría y crear redes de

apoyo, teniendo siempre presente la responsabilidad social, que implica cuidar unos de otros y construir una comunidad fuerte. Hemos hablado de Educación y Conciencia Social y ALACIBU, nuestra querida asociación, que tiene un papel crucial con la educación, no sólo educamos a nuestros pacientes sobre sus condiciones y tratamientos, sino también a nuestros asociados. Debemos promover la conciencia social sobre temas como la salud, la prevención de enfermedades y la importancia de la cirugía maxilofacial en la calidad de vida. La responsabilidad social se manifiesta en nuestra labor educativa. Debemos impactar en la Comunidad, respondernos ¿cómo podemos contribuir a la salud pública? ¿Cómo podemos abogar por políticas que beneficien a todos? La responsabilidad social nos llama a ser defensores activos de la salud y el bienestar en general.

En resumen, asumir la presidencia no es sólo un título honorífico, sino una oportunidad para marcar la diferencia. Sigamos trabajando juntos, desde el amor y la responsabilidad, para avanzar en nuestra especialidad y mejorar la vida de todos los que nos rodean. Sin olvidar la imperiosa necesidad de inculcar el respeto, agradecimiento, humildad, lealtad, principio fundamental que sin duda hará la diferencia llevándonos a la verdadera razón de nuestra formación, mejores seres humanos. Y como he dicho, la medalla se lleva en el pecho, pero el peso en la espalda.

Con aprecio.

*Correspondencia:*

**Humberto Fernández Olarte**

**E-mail:** humfer\_co@yahoo.com

fernandezjorge@unbosque.edu.co

\* Presidente de la Asociación Latinoamericana de Cirugía Bucomaxilofacial (ALACIBU).

doi: 10.35366/114533

**Citar como:** Fernández OH. Palabras de bienvenida del Presidente, 2024-2025. Lat Am J Oral Maxillofac Surg. 2023; 3 (3): 115. <https://dx.doi.org/10.35366/114533>





Julio - Septiembre 2023  
Vol. 3, núm. 3 / pp. 116-123

# Gestión de la Calidad del Centro de Investigación Clínica de un hospital de la red privada, basada en la planificación estratégica organizada sobre procesos de metodología ágil y predictiva<sup>+</sup>

*Quality management of the Clinical Research Center of a private network hospital, based on strategic planning formatted on agile and predictive methodology processes*

Ana Tarina Alvarez-Lopes,<sup>\*</sup> Murilo Cesar Soares-Barbosa,<sup>‡</sup> Nivaldo Vasconcelos-Azevedo,<sup>§</sup> Carolina Therezinha Goubo Alves-Moreira,<sup>§</sup> Isabela Barros<sup>§</sup>

**Palabras clave:**  
cualidad, investigación clínica, indicadores, gestión.

**Keywords:**  
quality, clinical research, indicators, management.

## RESUMEN

La principal propuesta de la práctica mixta de metodologías predictivas y ágiles en la construcción de la rutina de un Centro de Investigación Clínica fue utilizar las metodologías junto con otras herramientas de calidad con el fin de minimizar la ocurrencia de errores o fallos, denominados desviaciones de protocolo en la investigación clínica, o incluso errores o casi errores que afectan directa o indirectamente a los pacientes que participan en la investigación. En la investigación clínica, la atención sigue centrada en el participante de la investigación, por lo que uno de los métodos utilizados como recurso para la elaboración de este proyecto fue una hoja de cálculo Excel con los datos de atención y seguimiento de los participantes del citado Centro de Investigación, considerada como base de datos del proyecto. Se pudo consolidar con esta propuesta, la demostración de que el uso de múltiples herramientas de calidad combinadas con las metodologías ágiles y predictivas en el día a día del sector y respetando la particularidad de cada protocolo de ensayo clínico, pudieron asegurar una gestión de calidad de los procesos en el Centro de Investigación, lo que ayudó a la rápida mitigación de errores y fallos, así como en la contribución de la gestión de la calidad.

## ABSTRACT

The main proposal of the mixed practice of predictive and agile methodologies in the construction of the routine of a Clinical Research Center was to use the methodologies together with other quality tools in order to minimize the occurrence of errors or failures, called protocol deviations in clinical research, or even errors or near misses that directly or indirectly affect the patients participating in the research. In clinical research, the focus remains on the research participant, so one of the methods used as a resource for the development of this project was an Excel spreadsheet with the care and follow-up data of the participants of the aforementioned Research Center considered as the project's database. It was possible to consolidate with this proposal, the demonstration that the use of multiple quality tools combined with agile and predictive methodologies in the day to day of the sector and respecting the particularity of each clinical trial protocol, could ensure a quality management of the processes in the Research Center, helping the rapid mitigation of errors and failures and in the contribution of quality management.

<sup>\*</sup> Coordinadora del Centro de Investigación.

<sup>‡</sup> Gerente de Calidad.

<sup>§</sup> Enfermero de Calidad.

Centro de Investigación Clínica del Hospital Santa Paula, São Paulo, SP, Brasil.

Recibido: 04/09/2023

Aceptado: 09/11/2023

doi: 10.35366/114534

<sup>+</sup> Conclusión del curso. Trabajo presentado para la obtención del título de especialista en MBA EN GESTIÓN DE PROYECTOS - 2022.

**Citar como:** Alvarez-Lopes AT, Soares-Barbosa MC, Vasconcelos-Azevedo N, Alves-Moreira CTG, Barros I. Gestión de la Calidad del Centro de Investigación Clínica de un hospital de la red privada, basada en la planificación estratégica organizada sobre procesos de metodología ágil y predictiva. Lat Am J Oral Maxillofac Surg. 2023; 3 (3): 116-123. <https://dx.doi.org/10.35366/114534>



## INTRODUCCIÓN

La investigación clínica en Brasil sigue reglamentaciones y reglas de Buenas Prácticas Clínicas que preconizan a los profesionales que actúan en el área de entrenamiento universal de *Good Clinical Practice*, entrenamiento normalizado en buenas prácticas clínicas en investigación con seres humanos. De entre las principales resoluciones es posible nombrar la de número 39 (05 jun 2008); la de número 466 (12 diciembre 2012) que revoca la antigua resolución 196 (1996); la resolución de la dirección colegiada, conocida como de número 9 (20 febrero 2015); la de número 260 (21 diciembre 2018) y la de número 548 (30 ago 2021).<sup>1-5</sup>

Se considera en investigación clínica el Guía de Inspección en Buenas Prácticas Clínicas (BPC) referente a ensayos clínicos con medicamentos y productos biológicos. Las resoluciones nombradas, así como el de Buenas Prácticas Clínicas, pueden ser consultadas en la división de Investigación Clínica en la página oficial de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA).<sup>6</sup>

Actualmente existen en Brasil, centros de investigación clínica que actúan dentro de hospitales o vinculados a clínicas y otros centros independientes o, cuando vinculado a un Instituto de Enseñanza e Investigación reciben la clasificación de *Academic Research Organization* (LLANTA).

Este proyecto consideró el modelo de un Centro de Investigación Clínica de un hospital de la red privada en la ciudad de São Paulo. Y como forma de contextualizar para aclarar lo que motivó la elaboración de este proyecto, en foco está la necesidad constante de cambios para adaptación a los procesos y flujos internos del hospital desde la entrada del paciente en sector de lista de atención hasta las instalaciones de internación en Unidad de Internación o Unidad de Terapia Intensiva.

La capacidad de adaptación de un hospital frente a las diferentes rutinas internas y necesidades siempre ocurrieron buscando mejores flujos y procesos. Sin embargo, durante la pandemia del COVID-19 quedó muy evidente tal capacidad que puede ser observada en algunos otros trabajos, conforme lo relatado (2020) por Silva en la Revista del Colegio Brasileño de Cirujanos sobre el desafío a lo largo de toda la pandemia, para atención hospitalaria que necesitó aún en un momento caótico, volver su atención en preservar además de los pacientes, la salud de sus acompañantes y familiares para evitar la transmisión del virus<sup>7</sup> y de los profesionales de salud.

Y aún conforme lo citado por Botega, la importancia de los hospitales de pequeño porte de entre tantos hospitales presentes en Brasil para componer una red de apoyo contando con su total de lechos.<sup>8</sup>

Después de considerarse las variables mencionadas para la ejecución de la práctica en investigación clínica, la agilidad en la alteración de flujos y procesos necesita ser considerada también frente a las peculiaridades de cada protocolo de ensayo clínico.

En virtud de todo el contexto nombrado arriba, este proyecto tiene por objetivo evidenciar que la gestión de la calidad de los procesos internos de un Centro de Investigación clínica está directamente relacionado a la capacidad de adaptación por un médico de la metodología predictiva, cuando se reconoce algún proceso ya bien establecido, y la suma a las metodologías ágiles para la toma de decisión y alteración rápida, siempre que sea necesario realizar ajustes para cumplir con las solicitudes de cada protocolo.

Como principal propuesta de la práctica mixta de estas metodologías (predictiva y ágil) para la construcción de la rutina de un Centro de Investigación Clínica, es su utilización junto con otras herramientas de calidad, con el objetivo de minimizar la ocurrencia de errores o fallas, que en investigación clínica consideramos como desvíos de protocolo o potenciales eventos adversos, clasificados como graves o serios, cuando la falla, error o casi error involucra directa o indirectamente al paciente participante de la investigación.

Tenemos al participante como foco de atención dentro del cuidado y seguimiento de la investigación clínica, por lo que uno de los métodos utilizados como recurso para la elaboración de este proyecto fue una planilla Excel con datos de participantes del mencionado Centro de Investigación para ser considerada como base de datos para el proyecto.

Pretendiendo demostrar que el uso de múltiples herramientas de calidad aliadas a las metodologías ágiles y predictivas puede garantizar una gestión de calidad de los procesos del Centro de Investigación, ayudando en la rápida mitigación de potenciales fallos y en la visión de gestión de calidad buscando la mejora continua para el servicio.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El proyecto consistió en un estudio de caso con enfoque cualitativo de carácter aplicado y objetivo explicativo a la vista de los datos recopilados durante un periodo de 30 meses. Se utilizó la aplicación Trello para crear el diseño de los flujos comunes a todos los estudios clínicos a realizar en el centro, en esta aplicación se definieron las tareas de la rutina del Centro de Investigación de forma adaptable a los proyectos de investigación clínica que se atendían en la institución. Los pasos seguirán un orden de acuerdo con los seis momentos principales de los estudios/ensayos clínicos: momento «*start-up*» (comienzo del proceso de análisis de viabilidad e interés en el estudio); momento regulatorio (parte documental para la sumisión ética, contrato y presupuesto); momento de validación de sistemas y facturación de acuerdo con el diseño de cada proyecto (para el correcto registro del estudio en el sistema electrónico del servicio y otras plataformas digitales involucradas en la recolección de datos); distribución del equipo del Centro de Investigación; momento *on going* (para garantizar el buen desarrollo de las etapas a lo largo del proyecto) y momento *close out* (para

finés de organización y gestión de las etapas que involucran el cierre de cada proyecto).

Toda la recogida de datos se registró en una hoja de cálculo Excel denominada: (DB) (base de datos) - Estudios del Centro de Investigación Clínica HSP (Hospital «Santa Paula»), base de datos modelo de este centro que contiene los datos correspondientes a: nombre del estudio, estado del estudio (si está en curso como *on going* y si está cerrado como *close out*), si el participante fue reclutado, si rechazó la invitación a participar en el estudio, si hubo pérdida de seguimiento, si hubo retirada de su consentimiento para participar, si hubo *screen failure* o fallo de reclutamiento.

Si fue autorizado, se registran en una hoja de cálculo su número de asistencia y de historia clínica, su sexo, fecha de nacimiento, número de reclutamiento (número de reclutamiento que identifica al participante en el estudio sin el uso de datos sensibles), fecha de su reclutamiento, nombre completo del participante, número de teléfono de contacto, fecha de su visita dentro del protocolo del estudio (en su caso), fecha de su recogida de pruebas de laboratorio según el protocolo del estudio (en su caso), fecha de contacto telefónico y seguimiento (en su caso) y fecha de envío de sus muestras al laboratorio central (en su caso).

El acceso a esta hoja de cálculo se produjo exclusivamente por los colaboradores del Centro de Investigación, con acceso restringido a través del entorno SharePoint del correo electrónico corporativo, que realizaron la atención de los participantes en la investigación. Se estructuraron pestañas individuales para cada estudio de acuerdo con los datos obtenidos desde abril de 2020 hasta septiembre de 2022, rellenas diariamente en cada atención o seguimiento de los participantes en la investigación.

A partir de esta primera hoja de cálculo, los datos cuantitativos de la siguiente información: si fueron reclutados, si fueron rechazados y retirados del consentimiento, si fueron perdidos en el seguimiento, si el reclutamiento fracasó y si fueron aleatorios si fueron compilados en una hoja de cálculo Excel denominada: (BD) de indicadores Centro de Investigación Clínica HSP, en éste se registraron los números descritos para el análisis de este proyecto, sin presencia de datos sensibles de los participantes en la investigación, sólo los datos cuantitativos correspondientes al valor total para cada elemento clasificado (como se mencionó anteriormente: si reclutado, si se negó, etcétera.). En esta base se registraron (en pestañas separadas) el número total de casos correspondientes a eventos adversos, desviaciones del protocolo, el tiempo medio de cumplimentación de los sistemas electrónicos de cada estudio denominado *Electronic Case Report Forms*, el tiempo medio de respuesta a los informes de seguimiento y el número total de pacientes seleccionados, es decir, identificados por el equipo como potencialmente elegibles para el reclutamiento.

La propuesta final de este proyecto fue la construcción de indicadores en el Sistema Interact, el mismo sistema utilizado

por el sector de calidad del hospital, para la gestión de resultados y medición de riesgos de las actividades asistenciales, como forma de promover la cultura en investigación utilizando un modelo de gestión a la vista para todos los supervisores y coordinadores de la institución, este modelo proporcionó la compartición de los resultados cuantitativos y el análisis crítico de estos indicadores con los colegas gestores de todo el servicio del hospital en cuestión.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De forma individualizada, los resultados fueron evaluados año a año, en un análisis final que compiló 30 meses de recolección de datos para destacar las diferencias a ser consideradas en esta evaluación.

En abril de 2020, se inician las actividades de este Centro de Investigación, en medio de un momento pandémico, con un proceso casi nulo de gestión de procesos y con un equipo recientemente capacitado para las tareas inherentes a la conducción de los estudios.

Entre los meses de abril y diciembre, considerando los nueve estudios realizados en el periodo, todos relacionados con terapias que apuntan a tratamientos potenciales para la COVID-19, se observaron las siguientes cifras: 320 participantes reclutados, invitados a participar en uno de estos estudios; 217 participantes aleatorios, aquellos que completaron todos los criterios de elegibilidad necesarios para su inclusión en el protocolo de investigación propuesto; la tasa global de rechazo este año correspondió a 7.8% (25 participantes), incluso considerando que el tratamiento propuesto en ese estudio era un avance, tal vez la única alternativa contra la COVID-19. Las retiradas de consentimiento ascendieron a 7.18% (23 participantes) y hubo tres pérdidas de seguimiento, participantes cuyo seguimiento hasta la fecha límite del protocolo no se produjo por pérdida de comunicación. Según los datos expresados en la *Figura 1*.

En 2021, tras el inicio de la vacunación en un intento de contener a los afectados por la pandemia de COVID-19, entre los meses de junio y julio observamos un aumento de casos de infección, y consecuentemente un aumento del reclutamiento de participantes en investigación para ensayos clínicos, siendo la COVID-19 la única patología estudiada en este Centro de Investigación.

Con ello, nos enfrentamos a elevadas cifras de reclutamiento, totalizando 509 participantes reclutados y 455 participantes aleatorios. De estos 509, 10 participantes declinaron la invitación a participar en cualquier estudio y sólo uno entre los participantes aleatorios solicitó la retirada del consentimiento.

Es importante destacar, como medida que motivó el inicio de esta observación con fines de gestión de calidad, que no hubo pérdida de seguimiento a lo largo del año 2021, es decir, todos los participantes tuvieron su seguimiento de participa-

ción finalizado en la fecha límite dentro de cada protocolo propuesto, considerando los 16 estudios que estaban en curso en este periodo (Figura 2).

En 2022, frente a un escenario con aproximadamente nueve estudios en curso en el momento de este análisis y cerca de otros 11 estudios que se iniciarán entre el segundo semestre de 2022 y el primer trimestre de 2023, sólo cuatro estudios actúan sobre la patología de COVID-19, todos los demás comprenden otras áreas terapéuticas.

Considerando el periodo comprendido entre los meses de enero a septiembre de 2022 el análisis consolidado de los datos evidenció 10.41% de reclutas en comparación con el total evaluado entre los 12 meses del año 2021; número total de 10 participantes que se negaron a participar en estudios en este periodo de análisis en 2022; no se produjeron retiradas de consentimiento ni pérdidas de seguimiento, y un total de 7.69% de participantes aleatorios a estudios en comparación con el total aleatorio en el año anterior.

Los resultados analizados entre enero y septiembre de 2022 muestran una conversión de 66.03% de la aleatorización entre los reclutamientos realizados sin pérdidas de seguimiento ni retiradas de consentimiento.

Los cálculos descritos anteriormente se realizaron sobre la base de la Figura 1, que ofrece un resumen de las cifras año por año del análisis de 30 meses que comprende este proyecto.

En la Tabla 1 se muestran los resultados en relación con la proporción de desviaciones de protocolo y eventos adversos, resultado del seguimiento y medición a través de la implemen-

tación de la gestión e indicadores de calidad de este Centro de Investigación.

A continuación, se muestra la Figura 3 con las comparaciones mes a mes del análisis entre enero y septiembre de 2022.

A lo largo de la pandemia y especialmente en el momento prevacunación, se percibió que los participantes invitados a los estudios presentaban mayor aceptación, se cree que esto se debió al hecho de que los estudios propuestos involucraban potenciales tratamientos para la COVID-19, enfermedad con un manejo aún desconocido por la población y los equipos de salud.

Una vez que retomamos la rutina de los Centros de Investigación con la realización de ensayos clínicos en varias otras áreas que involucran enfermedades crónicas, y muchas veces, conocidas y presenciadas por la población, y no más el momento frente a una pandemia, la aceptación en la participación en estudios con intervención farmacológica disminuye.

Si correlacionamos el total de rechazos por el total de sujetos reclutados a lo largo de cada año, vemos que en 2020 el total de rechazos sumó 7.8% entre los participantes, en 2021 sólo 1.96% (debido al elevado número de sujetos reclutados para estudios con intervención diagnóstica realizados con pruebas rápidas y serología) y en 2022 entre enero y septiembre esta tasa sumó 18.86%. Este análisis sólo es posible evaluarlo con la medición y seguimiento de indicadores, como se propone en este proyecto (Figura 4).

Paralelamente a esta manifestación de rechazo, buscamos internamente como equipo de este Centro de Inves-

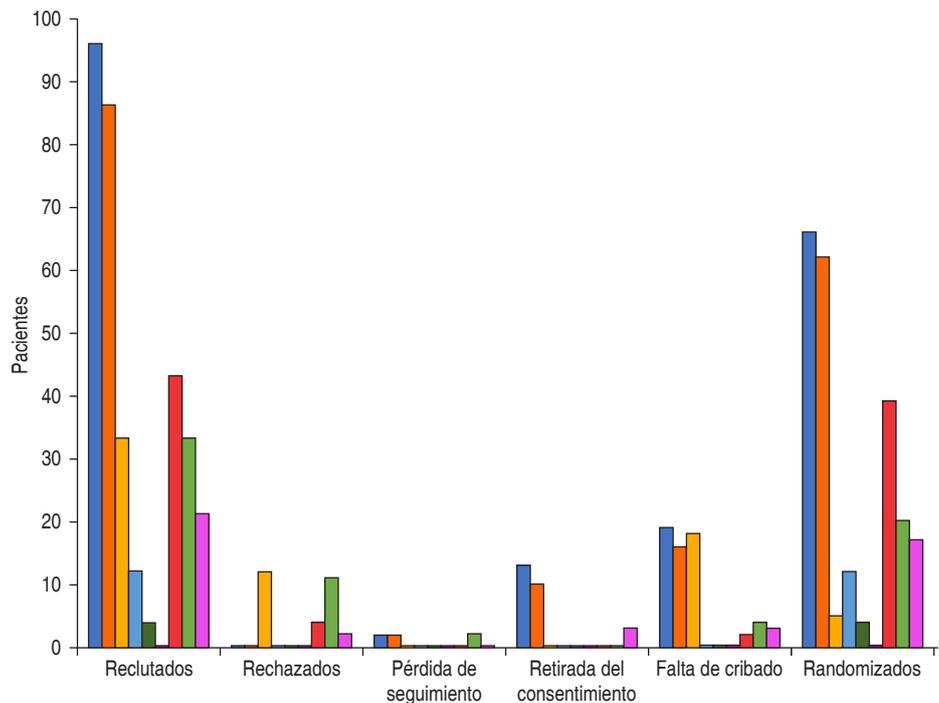


Figura 1:

Resultados del reclutamiento en el año de 2020.

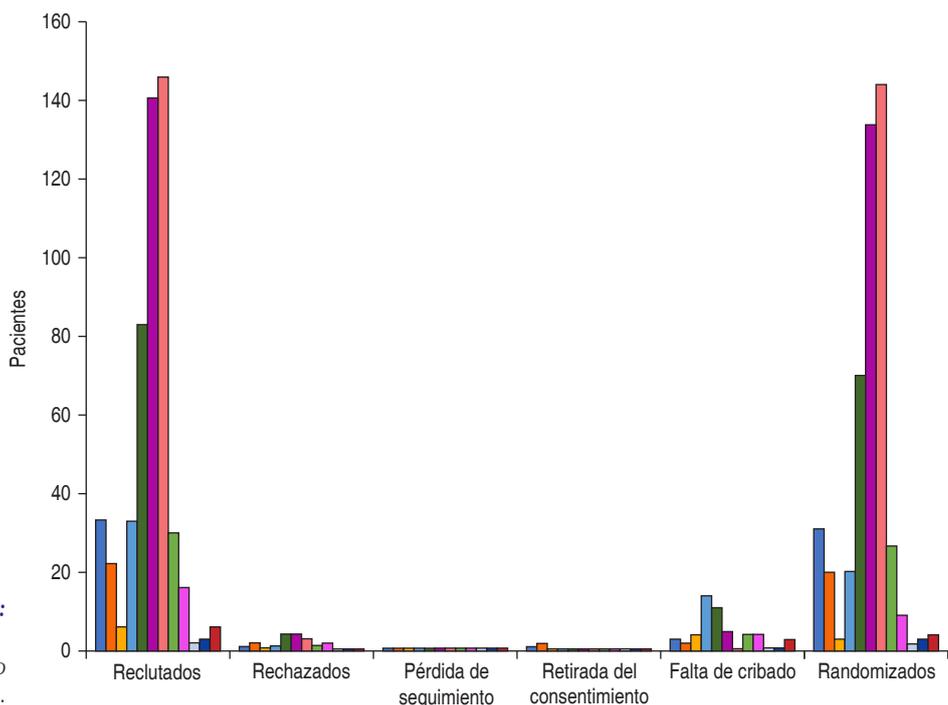


Figura 2:

Resultados del reclutamiento en el año de 2021.

tigación, y a través de otras formas de trabajo, la difusión de la cultura sobre investigación clínica, para informar y compartir el conocimiento sobre qué es un ensayo clínico, cuáles son sus riesgos y beneficios potenciales y, sobre todo, cuáles son las ganancias para la sociedad con su realización.

En una oportunidad reciente, fue posible participar en el Programa de Mentoría del *Project Management Institute* (PMI) del Distrito Federal capítulo y presentar un proyecto relacionado con la educación en investigación clínica. Como una forma de fomentar el pensamiento crítico en torno a la información sobre esta área tan explorada durante la pandemia por COVID-19.

En general, a lo largo de los nueve meses de análisis realizados referidos al año 2020 y al inicio de las actividades de este Centro de Investigación, hubo un elevado número de denegaciones y retiradas de consentimiento, así como desviaciones de protocolo. Se puede añadir la inmadurez del servicio y de su equipo en este momento con la no gestión de los procesos de forma diseñada.

A lo largo de los 12 meses de 2021, aun observando un elevado incremento en el total de pacientes reclutados y aleatorios, observamos un menor número de negativas, pérdidas de seguimiento y una sola retirada de consentimiento, a mediados de 2021 la gestión de procesos para el Centro de Investigación ya está bien asentada en el hospital (lo que para este análisis podemos considerar como las herramientas dentro de la metodología predictiva), como consecuencia

Tabla 1: Valores basales totales de los indicadores de datos de reclutamiento, desviaciones del protocolo y ocurrencias adversas recogidas desde abril de 2020 hasta septiembre de 2022.

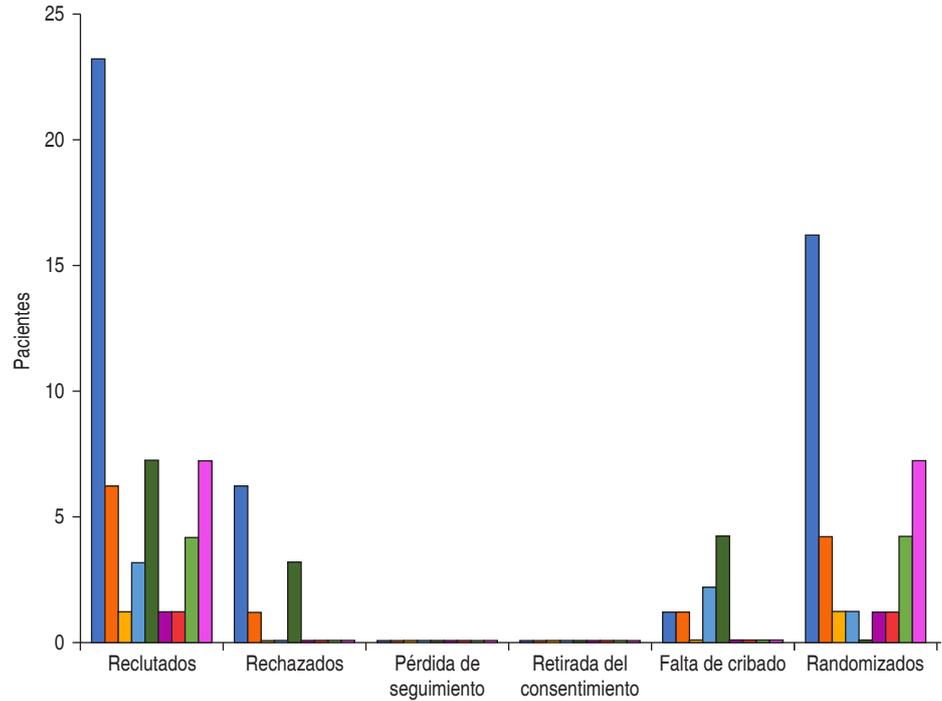
	2020	2021	2022
Reclutados	320	509	53
Rechazados	25	10	10
Pérdida de seguimiento	3	0	0
Retirada del consentimiento	23	1	0
Falta de cribado	56	41	8
Randomizados	217	455	35
Desviaciones del protocolo	96	54	20
Acontecimientos adversos	23	19	4

el número de desviaciones de protocolo también es menor respecto a 2020.

A partir del último trimestre de 2021, el centro iniciará su transición del área terapéutica de los estudios, negando la participación en estudios de la patología COVID-19 y migrando a otras áreas terapéuticas como cardiología y oncología. Esto conlleva un descenso en el reclutamiento de participantes si se compara con el mismo periodo de 2021. Sin embargo, con los indicadores mejor establecidos en el servicio es posible adaptar los procedimientos estándar y adoptar herramientas

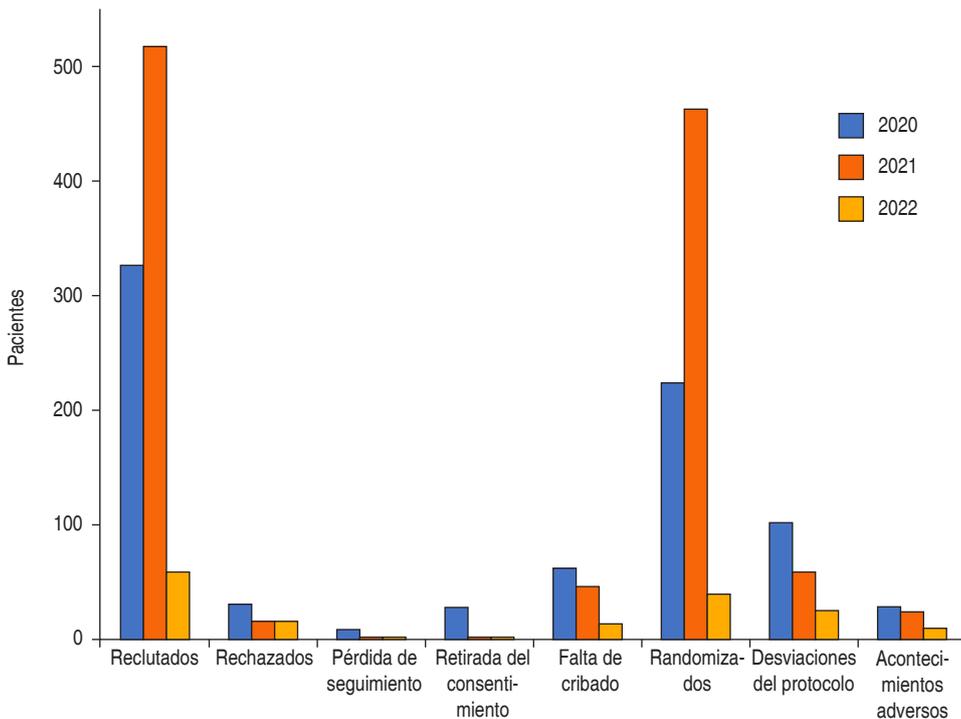
de metodología ágil para una mejor adaptación del diseño de cada nuevo estudio en curso a lo largo del periodo analizado en 2022.

Los números de los indicadores de eventos adversos y desvíos de protocolo proyectados para la conclusión de este trabajo, discretamente, muestran esta evolución. Presentando



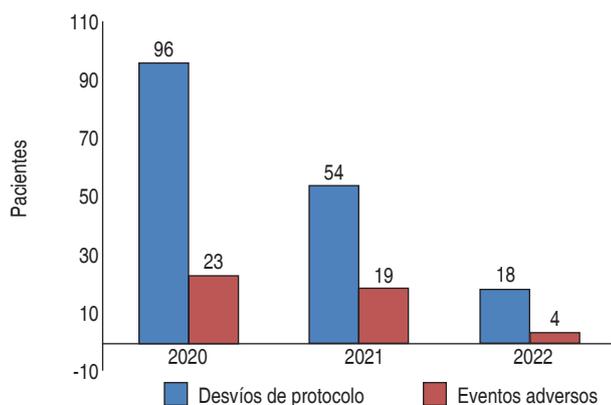
**Figura 3:**

Resultados del reclutamiento del año 2022 hasta septiembre del 2022.



**Figura 4:**

Indicador general de los datos comparativos entre los años de 2020 a 2022.



**Figura 5:** Desviaciones del protocolo y ocurrencias adversas de 2020 a 2022.

una evolución de 96 desvíos en 2020, 54 en 2021 y 20 en 2022, además de 23 eventos adversos registrados en 2020 y 19 en 2021 y apenas cuatro en 2022.

La ocurrencia de desvíos de protocolo en 2021 fue cerca de 56.25% del total observado en 2020 dentro del mismo parámetro/comparador, y en 2020 con 37.03% del total correspondiente al observado en 2021. Los eventos adversos en 2021 corresponden a 82.60% del total correspondiente a 2020, y sólo a 21.05% si se compara entre 2021-2022 (Figura 5).

Realizado el análisis de las cifras referentes a los 30 meses correspondientes a este análisis y teniendo como foco la gestión de la calidad buscando el uso de herramientas y metodologías en pro de la mejora de los procesos, cabe mencionar entre uno de los «marcos» utilizados para la construcción de esta visión general de mejora por procesos en este Centro de Investigación la base de observación de los dominios claro, lo complicado, lo complejo y lo caótico con el uso del método «Cynefin».<sup>9</sup>

Una vez estructurado el equipo y los flujos internos del servicio hospitalario (predictivo - ya bien establecido) donde se atienden estos participantes de la investigación, es necesario buscar en esta herramienta la posibilidad de medir la situación segura en la visión estratégica de posibles cambios en busca de mejoras, por lo tanto, se consideraron los dominios de lo claro para estructurar flujos; de lo complicado para sistematizar y ordenar los procesos, de lo complejo para estructurar los indicadores en busca de puntos de mejora y de lo caótico para evitarlo siempre, y en consecuencia evitar fallos y desviaciones.

## CONCLUSIÓN

Los resultados de este proyecto muestran que la aplicabilidad de las herramientas de agilidad añaden versatilidad y adaptabilidad a los flujos particulares de cada protocolo, mientras

que lo predictivo garantiza el uso de procesos bien diseñados y en funcionamiento ya conocidos con anterioridad.

Con la visión de proporcionar la mejor atención a los participantes en la investigación, y compartir con el equipo activo del centro, la responsabilidad de los procesos de gestión de la calidad, es posible proporcionar atención a través de flujos asertivos y adaptables, y la oportunidad de supervisar los resultados mensualmente de forma dinámica.

La gestión de la calidad aliada a las herramientas predictivas y a la agilidad podría garantizar la eficiencia con productividad mensurable, riesgos mitigables y procesos dinámicos de gestión de la mejora.

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todos aquellos que contribuyeron directa o indirectamente al desarrollo de este trabajo de investigación, que enriquecieron mi proceso de aprendizaje, en especial a los participantes que se beneficiarán de esta visión de gestión de calidad en su atención y seguimiento en Investigación Clínica.

Agradezco a cada profesor que desde el comienzo de mi vida académica me han encantado y conducido al camino del conocimiento, especialmente en este momento a mi asesora la profesora Natacha Irene Renee Pouget.

Y también doy las gracias a todas las mujeres de ciencia por las que mi admiración crece a cada día por los retos a los que enfrentan y sus logros.

## REFERENCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária [ANVISA]. 2008. Resolução nº 39, 5 junho 2008 [Acesso em 27 de março de 2022]. Disponible en: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0039\\_05\\_06\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0039_05_06_2008.html)
2. Conselho Nacional em Saúde [CNS]. 2012. Resolução nº 466, 12 dezembro 2012 [Acesso em 27 de março de 2022]. Disponible en: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária [ANVISA]. 2015. Resolução da Diretoria Colegiada [RDC] nº 9, 20 fevereiro 2015 [Acesso em 27 de março de 2022]. Disponible en: [http://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/3503972/RDC\\_09\\_2015\\_COMP.pdf](http://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/3503972/RDC_09_2015_COMP.pdf)
4. Diário Oficial da União [DOU]. 2018. Resolução da Diretoria Colegiada [RDC] nº 260, 21 dezembro 2018 [Acesso em 27 de março de 2022]. Disponible en: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/57218930/do1-2018-12-28-resolucao-da-diretoria-colegiada-rdc-n-260-de-21-de-dezembro-de-2018-57218634](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/57218930/do1-2018-12-28-resolucao-da-diretoria-colegiada-rdc-n-260-de-21-de-dezembro-de-2018-57218634)
5. Diário Oficial da União [DOU]. 2021. Resolução da Diretoria Colegiada [RDC] nº 548, 30 agosto 2021 [Acesso em 27 de março de 2022]. Disponible en: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-548-de-30-de-agosto-de-2021-341672817>
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária [ANVISA]. 2020. Guia de inspeção em Boas Práticas Clínicas [BPC] referente a ensaios clínicos com medicamentos e produtos biológicos – Inspeção em Patrocinadores e Organizações Representativas de Pesquisa Clínica [ORPC] Guia nº 36/2020 – versão 1 [Acesso em 27 de março de 2022]. Disponible en: <http://antigo.anvisa.gov.br/>

- documents/10181/6023044/guia+36.pdf/290961fe-a808-4ad1-8ce3-fbaae6f43437
7. Silva LE, Cohen RV, Rocha JLL, Hassel VMC, VON-Bahten LC. Elective surgeries in the “new normal” post-COVID-19 pandemic: to test or do not test? *Rev Col Bras Cir.* 2020; 47: e20202649.
  8. de Almeida Botega L, Andrade MV, Guedes GR. Brazilian hospitals’ performance: an assessment of the unified health system (SUS). *Health Care Manag Sci.* 2020; 23 (3): 443-452.
  9. Snowden DJ Boone ME. A leader’s framework for decision making. *Harvard Business Review*, November 2007 [Accessed March 27, 2022]. Available in: <https://hbr.org/2007/11/a-leaders-framework-for-decision-making>

**Correspondencia:**

**Ana Tarina Alvarez-Lopes**

**E-mail:** [anatarina.lopes@gmail.com](mailto:anatarina.lopes@gmail.com)



Julio - Septiembre 2023  
Vol. 3, núm. 3 / pp. 124-132

# Gingivitis descamativa como signo clínico de desórdenes inmunológicos: estudio de serie de casos

*Desquamative gingivitis as a clinical sign of immunological disorders: study of a number of cases*

José Gabriel Zambrano,<sup>\*,‡</sup> Rodolfo J Gutiérrez Flores,<sup>§</sup> Carmen Cecilia Jiménez<sup>\*,¶</sup>

## Palabras clave:

gingivitis  
descamativa,  
penfigoide  
membranas mucosas,  
liquen plano,  
pénfigo vulgar.

## Keywords:

desquamative  
gingivitis, mucous  
membrane  
pemphigoid, lichen  
planus, pemphigus  
vulgaris.

## RESUMEN

La gingivitis descamativa (GD) es considerada una manifestación clínica de algunas enfermedades inflamatorias e inmunológicas, no se considera como un diagnóstico en sí misma, sino una condición o término clínico que describe una encía rojiza, vidriada y friable por la descamación del epitelio superficial que puede progresar a ulceración con presencia de pseudomembranas blanquecinas correspondientes a restos epiteliales necróticos. Ha sido reportada su asociación con entidades como penfigoide de las membranas mucosas (PMM) liquen plano (LP) y pénfigo vulgar (PV). El objetivo de esta serie de casos es describir la GD como signo clínico de desórdenes inmunológicos; aportando información que pueda ser utilizada por los odontólogos de práctica general y especialista en periodoncia para el diagnóstico temprano de estos trastornos y su remisión al médico bucal para su tratamiento farmacológico.

## ABSTRACT

Desquamative gingivitis (DG) is considered a clinical manifestation of some inflammatory and immunological diseases. It is not considered a diagnosis in itself, but rather a condition or clinical term that describes a reddish, glazed and friable gingiva due to the peeling of the surface epithelium that it can progress to ulceration with the presence of whitish pseudomembranes corresponding to necrotic epithelial remains. Its association with entities such as mucous membrane pemphigoid (MMP), lichen planus (LP) and pemphigus vulgaris (PV) has been reported. The objective of this case series is to describe GD as a clinical sign of immunological disorders; providing information that can be used by general practice dentists and specialists in periodontics for the early diagnosis of these disorders and their referral to the oral doctor for pharmacological treatment.

## INTRODUCCIÓN

La gingivitis descamativa (GD) es considerada una manifestación clínica de algunas enfermedades inflamatorias e inmunológicas, descrita por primera vez por Tomes y Tomes en el año 1984; no se considera como un diagnóstico en sí misma, sino una condición o término clínico que describe una encía rojiza, vidriada y friable por la descamación del epitelio superficial que puede progresar a ulceración con presencia de pseudomembranas blanquecinas correspondientes a restos epiteliales necróticos.<sup>1</sup> Algunas veces puede estar precedida de vesículas y/o ampollas de contenido claro, turbio o hemorrágico,

que indican un desprendimiento epitelial.<sup>1,2</sup> La enfermedad puede ser de bajo grado, con sólo eritema y edema gingival leve, o tener una presentación más grave, que incluye descamación, ampollas, erosiones y ulceración.<sup>1,3</sup>

La GD ocurre comúnmente en mujeres en su cuarta y quinta década de la vida, aunque puede manifestarse durante la pubertad o a partir de la séptima década de vida, raramente se presenta en niños. Ha sido reportada su asociación con entidades como penfigoide de las membranas mucosas (PMM) y liquen plano (LP), además de otras enfermedades como pénfigo vulgar (PV), penfigoide ampolloso, pénfigo paraneoplásico,

\* Odontólogo. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.

‡ MSc. Esp. Patología y Medicina Bucal.

Universidad Autónoma Metropolitana. México.

§ Odontólogo, Universidad de los Andes. Residente, Programa de Especialización en Periodoncia, Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.

¶ PhD en Odontología. MSc. Medicina Estomatológica. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.

Recibido: 01/10/2023

Aceptado: 01/12/2023

doi: 10.35366/114535

**Citar como:** Zambrano JG, Gutiérrez FRJ, Jiménez CC. Gingivitis descamativa como signo clínico de desórdenes inmunológicos: estudio de serie de casos. *Lat Am J Oral Maxillofac Surg.* 2023; 3 (3): 124-132. <https://dx.doi.org/10.35366/114535>



enfermedad de inmunoglobulina A lineal (IgA), psoriasis y reacción alérgica a ciertas sustancias químicas; de igual manera se ha asociado con alteraciones endocrinas como hipotiroidismo, deficiencia de estrógenos y desequilibrio de testosterona, infecciones crónicas como tuberculosis, candidiasis crónica e histoplasmosis o por causas misceláneas como sarcoidosis, enfermedad de Crohn, leucemia y envejecimiento;<sup>3,4</sup> sin embargo, el PMM y el LP son considerados como las principales causas de GD (Tabla 1).<sup>5</sup>

Clínicamente, la descamación se puede manifestar como parches leves e insignificantes o eritema generalizado con apariencia vidriosa que afecta principalmente y con más frecuencia a la encía libre, adherida y papilar de la zona anterosuperior. La mayoría de las veces, los pacientes reportan

sensación de ardor espontánea o exacerbada al tomar alimentos calientes o picantes, lo que podría orientar el diagnóstico definitivo.<sup>4,5</sup> El dolor gingival es constante, lo que reduce en gran medida la eficacia de la higiene bucal por parte del paciente, que puede tener consecuencias posteriores, como el desarrollo de enfermedad periodontal y la consecuente pérdida de dientes.<sup>6</sup> Además, cuando las lesiones gingivales son severas y extensas, la alimentación es difícil de lograr y la calidad de vida de los pacientes se altera significativamente. Por último, la falta de resolución de la inflamación gingival después del tratamiento periodontal es a menudo descrita tanto por el especialista como por los pacientes.<sup>6-8</sup>

Por esta razón, para el diagnóstico de la condición sistémica responsable de la GD, es necesaria la realización de una adecuada historia clínica, que incluya la anamnesis con especial énfasis en el curso clínico de las lesiones (agudo o crónico), en la descripción de la sintomatología dolorosa y en la identificación de los factores desencadenantes. Además de un minucioso examen físico y clínico para identificar lesiones cutáneas y la distribución de las lesiones en la mucosa bucal, una evaluación dermatológica, oftalmológica, ginecológica y en la mayoría de los casos es necesario la toma de biopsia incisional perilesional y el estudio histopatológico para acortar el amplio diagnóstico diferencial.<sup>2,3</sup>

El LP ha sido definido como una enfermedad inflamatoria, multifactorial, de etiología no conocida con exactitud, con fisiopatología inmune a expensas de los linfocitos T (se produce actividad linfocitaria T contra las células basales de los epitelios), que puede afectar tanto la piel como las uñas, el cabello, incluso a la mucosa bucal y genital.<sup>9,10</sup> Se observa con mayor frecuencia en adultos en edad media entre la tercera y quinta década de la vida; en raras ocasiones afecta a niños, no así a mujeres, respecto a las cuales la proporción es de 3:2 en comparación con los varones. Aproximadamente 1% de la población probablemente esté afectada por LP.<sup>11</sup>

En cavidad bucal se puede manifestar de forma reticular y erosiva. La forma erosiva se caracteriza clínicamente por dolor, sensación de ardor e incomodidad y se puede presentar como áreas atróficas eritematosas con ulceraciones centrales en diferentes grados.<sup>12</sup> Los bordes eritematosos atróficos son circunscritos por estrías blancas. En algunas ocasiones, la atrofia y la ulceración se presentan en el tejido gingival, ocasionando GD, que son negativas al signo de Nikolsky.<sup>9,12</sup>

El término penfigoide agrupa a un número de enfermedades caracterizadas por la presencia de autoanticuerpos contra la unión entre los queratinocitos y la membrana basal, específicamente anticuerpos contra las proteínas BP180, 230 y la integrina  $\alpha 6\beta 4$  que forman parte de los hemidesmosomas, complejos de unión encargados de la adhesión del epitelio al tejido conectivo subyacente, razón por la cual se forman ampollas subepiteliales.<sup>13</sup> El PMM es un trastorno autoinmune de la mucosa bucal, conjuntiva, tejidos anogenitales y tracto aerodigestivo superior<sup>14</sup> que se manifiesta entre la quinta y

Tabla 1: Condiciones asociadas al desarrollo de gingivitis descamativa.	
Naturaleza de la condición	Condiciones
Trastornos inmunitarios y enfermedades autoinmunes	Liquen plano Penfigoide las membranas mucosas Penfigoide ampoloso Pénfigo vulgar Pénfigo paraneoplásico Dermatitis herpetiforme Enfermedad IG (A) lineal Psoriasis Lupus eritematoso discoide Estomatitis ulcerativa crónica Enfermedad de injerto contra huésped Epidermólisis ampollosa Colitis ulcerativa Enfermedad de Crohn
Reacciones de hipersensibilidad	Gingivitis de células plasmática Reacción liquenoide Reacciones alérgicas a productos de higiene bucal
Trastornos endocrinos	Deficiencias de estrógenos Desbalance de testosterona Hipotiroidismo
Infecciones bacterianas y micóticas	Tuberculosis Candidiasis crónica Histoplasmosis Sarcoidosis Hepatitis C
Otros	Disqueratosis congénita Gingivitis a cuerpo extraño Amiloidosis

Fuente: elaboración propia.

sexta década de la vida, afecta entre 5 a 7.5 de 10,000 personas en el mundo ocurriendo en una proporción dos veces más en mujeres que en hombres.<sup>14,15</sup>

El PMM por lo general inicia con el desarrollo de vesículas o ampollas recurrentes que afectan a las mucosas.<sup>16</sup> Los individuos pueden presentar manifestaciones bucales iniciales en las encías, 95% de estos pacientes desarrollan GD positiva al signo de Nikolsky y posteriormente pueden extenderse a otras zonas de la mucosa bucal, tales como: carrillo, paladar duro y blando, lengua y el labio inferior. Se manifiesta a través de ampollas con contenido líquido que al romperse producen úlceras dolorosas que cicatrizan lentamente durante varios días o semanas; histopatológicamente se identifica la formación de ampollas subepiteliales y con la técnica de inmunofluorescencia se observan depósitos lineales de autoanticuerpos en la unión entre el epitelio de revestimiento y el tejido conectivo de la lámina propia.<sup>17,18</sup> También las lesiones pueden afectar a otras mucosas, como genital y ocular en donde pueden causar ceguera permanente o alteración de la anatomía de la mucosa vaginal o del pene.<sup>16-18</sup>

El PV forma parte de un grupo de enfermedades ampollas autoinmunes raras que afectan la piel y las membranas mucosas. Este grupo tiene un curso crónico que conduce a una alta morbilidad y mortalidad. Se caracteriza por la producción de autoanticuerpos dirigidos contra diferentes proteínas del desmosoma, lo que conduce histológicamente a la escisión intraepidérmica y clínicamente a vesículas y erosiones en el epitelio de las mucosas y/o de la piel.<sup>19</sup> Se ha reportado que el PV es frecuente entre la quinta y sexta década de la vida, aunque puede ocurrir en cualquier edad afectando preferentemente a las mujeres en una relación 1:9.<sup>20</sup>

El PV es una formación de ampollas flácidas que se rompen fácilmente dejando erosiones dolorosas, puede presentarse como lesiones mucosas en 41.7% de los pacientes, como lesiones mucosas y cutáneas simultáneas en 37.4%, y como lesiones cutáneas en 20.4%.<sup>21</sup>

Las lesiones bucales son las primeras manifestaciones en 50-70% de los casos y ocurre en 90% de pacientes durante el curso de la enfermedad. Las zonas más afectadas son la mucosa vestibular y palatina, labios y encía. Las erosiones son múltiples, y se pueden manifestar de diferentes tamaños y formas que se extienden periféricamente con un retraso en la reepitelización. Estas lesiones también pueden presentarse en otras membranas mucosas como en la conjuntiva, esófago, mucosa nasal, vagina, pene y ano y en piel.<sup>21,22</sup>

La mucosa bucal a menudo se ve afectada por trastornos mucocutáneos: el diagnóstico de estas enfermedades se basa principalmente en la información recolectada en la historia clínica y en las características clínicas e histopatológicas de las lesiones, razón por la cual el objetivo de esta serie de casos es describir la GD como signo clínico de desórdenes inmunológicos, aportando información que pueda ser utilizada por los odontólogos de práctica general y especialista en periodoncia

para el diagnóstico temprano de estos trastornos y su remisión al médico bucal para su tratamiento farmacológico; además, de integrarse al equipo multidisciplinario encargado de la atención de los pacientes en busca de evitar el desarrollo de lesiones extensas en mucosa oral y mantener la salud periodontal para mejorar su calidad de vida.

## PRESENTACIÓN DE CASOS

En esta serie de casos se presentan ocho sujetos, atendidos en el Servicio de Patología Bucal de la Alcaldía de Chacao en Caracas, Venezuela, quienes a través del consentimiento informado dieron su autorización para la toma de registros audiovisuales con fines de investigación y académicos, con una mediana de edad de 63 años (Q1-Q3 = 56-68 años) en un rango de 39-70 años, 75% (6/8) fueron del sexo femenino, la enfermedad más asociada al desarrollo GD fue el PMM en 62.5% (5/8) de los casos, seguido del LP en 25% (2/8). Con respecto a la distribución de la GD en 62.5% (5/8) de los pacientes la zona más afectada fue la encía papilar, libre y adherida, vestibular de los dientes anterosuperiores y anteroinferiores, asociada a dolor que va de leve a intenso en 87.5% de los casos, donde resalta que tres pacientes ya presentaban dificultades para la alimentación y con mediana de tiempo de evolución de seis meses (Q1-Q3 = 3-19.8 meses), 37.5% de los pacientes presentaban lesiones en mucosa vaginal y en piel (*Tabla 2*).

**Caso clínico 1:** mujer de 68 años que acude a consulta por presentar lesiones bucales de siete meses de evolución, dolorosas que interferían con la alimentación. Al examen bucal se identificó GD Nikolsky+ en encía marginal y papilar vestibular de los dientes anterosuperiores, además de múltiples lesiones ulcerativas en los bordes laterales de lengua y carrillos. Se realizó biopsia incisional; en el examen histopatológico se identificó una amolla subepitelial estableciéndose el diagnóstico PMM. La evaluación ginecológica arrojó la presencia de lesiones cicatrízales en vagina.

**Caso clínico 2:** hombre de 36 años referido por presentar lesiones bilaterales en encía, de cinco años de evolución, asintomáticas. El paciente refiere ser fumador de 20 cigarrillos diarios desde hace 10 años (365 cajetillas al año) y alcohol socialmente. Al examen físico se observaron placas blanquecinas reticulares en la zona del cuello. Al examen bucal se identificó GD Nikolsky- rodeadas de estrías blanquecinas en encía papilar, libre y adherida vestibular de los cuatro cuadrantes. Se tomó una biopsia incisional y en el examen histopatológico se observó mucositis liquenoide de interfase. De acuerdo con la correlación clínico-patológica se estableció el diagnóstico de LP mucocutáneo.

**Caso clínico 3:** mujer de 56 años de edad, referida por presentar lesión en labio superior, de dos años de evolución con dolor moderado. Al examen físico se observaron placas hiperpigmentadas con retículas blanquecinas en piel de

muñecas. Al examen bucal se identificó GD Nikolsky+ en la encía papilar, marginal y libre, vestibular de los dientes anteroinferiores. Además de presentar placa eritematosa en la mucosa del labio superior. Se realizó una biopsia incisional e histopatológicamente se encontraron hallazgos compatibles con mucositis liquenoide de interfase y se diagnosticó con la correlación clínica-patológica como LP mucocutáneo. La paciente fue referida a ginecología en donde se confirmó la presencia de lesiones genitales.

**Caso clínico 4:** mujer de 56 años de edad que asiste por presentar lesiones gingivales desde hace tres meses, con dolor moderado tratada con ungüento de betametasona, enjuagues de clorhexidina y medidas de higiene bucal. Al examen bucal se observó GD Nikolsky+ en encía papilar, libre y adherida vestibular de los dientes anterosuperiores y anteroinferiores y úlcera superficial en piso de boca. Se realizó biopsia incisional y en el examen histopatológico se observó ampolla subepitelial con diagnóstico PMM.

**Caso clínico 5:** mujer de 63 años de edad, que asiste a consulta por aparición de múltiples lesiones en orofaringe y cavidad bucal precedidas de vesículas, de dos meses de evolución, refería dolor severo que le impedía la alimentación y antecedentes de artritis reumatoide. En la inspección general se observaron lesiones ulceradas con costras y vesículas en el cuero cabelludo y extremidades superiores. Al examen bucal se identificó GD Nikolsky+ en encía papilar, adherida y libre vestibular de la zona anterosuperior y palatina de molares superiores, además de múltiples lesiones ulceradas en labios, lengua, carrillo y orofaringe. Se practicó biopsia incisional y se estableció el diagnóstico de PV. Se refirió a oftalmología, dermatología y ginecología y sólo se confirmaron la presencia de lesiones en piel.

**Caso clínico 6:** mujer de 67 años de edad referida por presentar placas blancas en lengua, de tres meses de evolución tratada con antimicótico sin remisión. Al examen bucal se observó placa blanquecina con zonas eritematosas en borde lateral de lengua, en ambos carrillo y mucosa del labio superior e inferior; también presentó GD Nikolsky+ en la encía papilar, adherida y libre vestibular de los dientes anterosuperiores. El examen histopatológico de la biopsia incisional arrojó el diagnóstico de PMM. Se refirió a oftalmología y ginecología encontrándose lesiones vaginales.

**Caso clínico 7:** hombre de 63 años de edad que asiste a consulta por presentar vesículas en la encía que se rompen y dejan áreas sangrantes desde hace seis meses, refirió dolor severo que le impide la alimentación. Paciente con cesación tabáquica hace 20 años y consumo de alcohol socialmente. Al examen bucal se observó GD Nikolsky+, en la encía libre, adherida y papilar vestibular de los dientes zonas anteroinferiores y anterosuperiores. Al examen histopatológico como resultado de la biopsia incisional el diagnóstico fue PMM.

**Caso clínico 8:** mujer de 70 años de edad que asistió a consulta referido por presentar lesiones gingivales que no respondieron a la terapia periodontal, de seis meses de evolución refiriendo dolor moderado. Al examen bucal se identificó GD Nikolsky+ que afectó encía marginal, papilar y adherida en vestibular de dientes anterosuperiores y anteroinferiores y posterosuperiores. Se tomó biopsia incisional y se diagnosticó PMM.

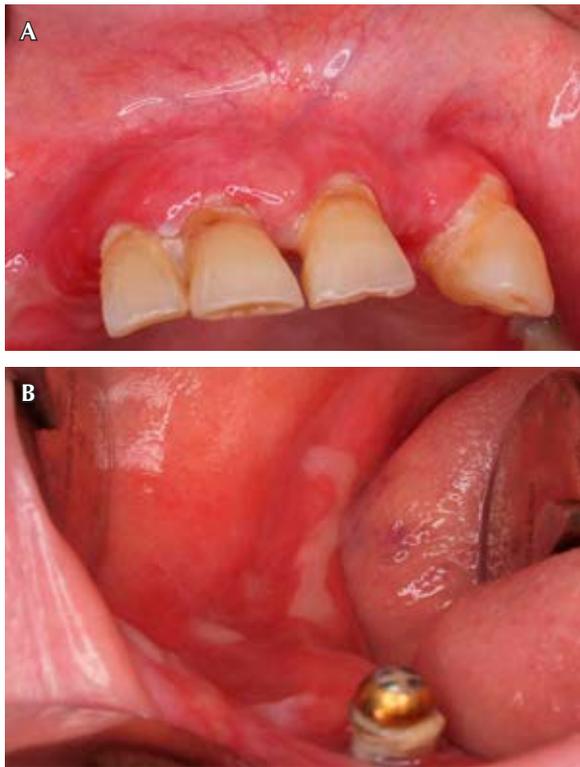
**DISCUSIÓN**

La GD es una afección clínica en la que la encía aparece roja, vidriada y friable con pérdida del epitelio superficial; se

**Tabla 2: Datos epidemiológicos y clínicos de los ocho pacientes con gingivitis descamativa.**

Edad (años)	Sexo	Sintomatología	Signo de Nikolsky	Diagnóstico	Lesiones cutáneas	Lesiones en otras mucosas
68	F	Dolor severo	+	PMM	No	Sí, vaginales
36	M	Asintomático	-	LP	Sí (tronco superior)	No
56	F	Dolor moderado	+	LP	Sí (extremidades superiores e inferiores)	Sí, vaginales
56	F	Dolor leve	+	PMM	No	No
63	F	Dolor severo	+	PV	Sí (extremidades superiores y cuero cabelludo)	No
67	F	Dolor leve	+	PMM	No	Sí, vaginales
63	M	Dolor severo	+	PMM	No	No
70	F	Dolor moderado	+	PMM	No	No

F = femenino. M = masculino. PMM = penfigoide de las membranas mucosas. LP = liquen plano. PV = pénfigo vulgar.  
Fuente: elaboración propia.



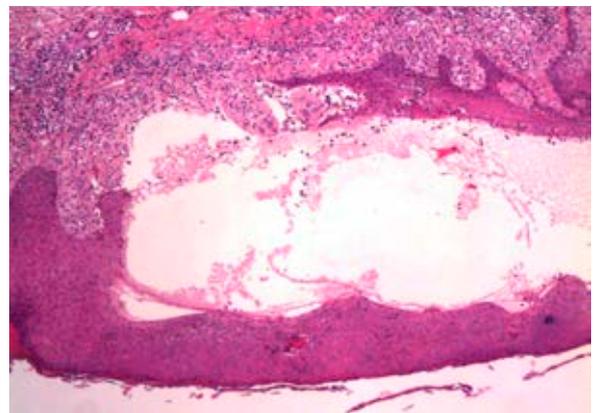
**Figura 1:** Lesiones en paciente de la serie de casos diagnosticado con penfigoide de las membranas mucosas. **A)** Gingivitis descamativa que afecta encía libre, adherida y papilar en zona anterosuperior vestibular. **B)** Lesiones ulcerativas en mucosa del carrillo.

considera una manifestación clínica de muchas enfermedades y, por lo tanto, no se identifica como un diagnóstico en sí pero su manifestación puede ser el signo temprano o el único signo de presentación de estas afecciones.<sup>2,3</sup> Una historia clínica detallada con énfasis en la duración de las lesiones, hábitos que empeoran la condición y los detalles de la terapia previa son obligatorios. Examen clínico exhaustivo del patrón de distribución de las lesiones (focales o multifocales con o sin confinamiento a los tejidos gingivales) y la presencia o ausencia de signo de Nikolsky sirven como una herramienta valiosa para identificar la causa subyacente,<sup>3</sup> algo de suma importancia considerando que los pacientes de esta serie de casos tuvieron en promedio un periodo de seis meses, con un intervalo de tres a 19.8 meses, desde la aparición de las lesiones hasta su adecuado diagnóstico, lo que repercute en un tratamiento tardío y en el desarrollo de lesiones extensas y dolorosas en cavidad bucal, en otras mucosas y en piel; razón por la cual 87.5% de los pacientes de esta serie de casos presentaron sintomatología dolorosa, que en algunos casos impedía la alimentación afectando significativamente la calidad de vida y 37.5% ya habían desarrollado lesiones en otras mucosas y en piel.

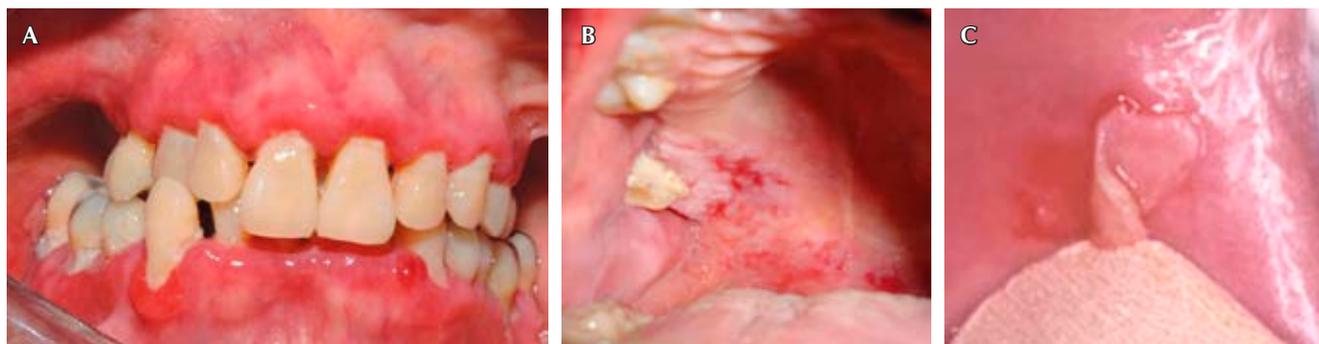
En este estudio la mediana de edad fue de 63 años con un rango de edad que va desde la tercera a la séptima década de la vida y más frecuente en el sexo femenino, datos epidemiológicos que coinciden con reportes previos realizados por Ramesh y colaboradores,<sup>3</sup> esto puede deberse a que la totalidad de los casos estaban asociados a trastornos inmunitarios, en concordancia con lo reportado por Mathew y su grupo,<sup>4</sup> en donde de 88 a 90% de los casos de GD se debían a la presencia de alguna de estas condiciones que son más frecuentes en adultos mayores del sexo femenino. Los casos de PMM fueron los más frecuentes seguidos del LP y el PV, datos que son contrarios a lo planteado por Ramesh y su equipo,<sup>3</sup> que establece que la condición más frecuente es el LP; sin embargo, debemos aclarar que éste es un limitado estudio de series de casos. El sitio más común de localización fue la encía adherida y marginal de la zona anterosuperior por vestibular igual que lo reportado.

Vijayan y colaboradores reportaron un caso clínico de paciente masculino de 41 años que manifestaba encías sangrantes y sensación de ardor mientras tomaba alimentos calientes y picantes durante los últimos dos meses. El paciente no refirió antecedentes médicos y odontológicos de interés, y no presentaba manifestación clínica en otra parte o mucosa del cuerpo. El examen bucal arrojó que la encía marginal, adherida y papilar parecía estar eritematosa y descamada, presentando signo positivo de Nikolsky. Se tomó una biopsia incisional del área perilesional para examen histopatológico obteniendo como resultado PMM y GD asociada.<sup>1</sup>

Por otro lado, Wada y colaboradores presentan dos reportes de caso, de una mujer de 74 años con historia de cinco años de ampollas en la mucosa bucal y erupciones en la piel de la nariz, orejas y cabeza; recientemente, notó sangrado en las encías y mucosa del paladar. Se observaron úlceras dolorosas y lesiones eritematosas en el paladar, las encías y la mucosa bucal. La piel mostró evidencia de pequeñas erupciones y



**Figura 2:** Fotomicrografía de estudio histopatológico de biopsia incisional de lesiones de penfigoide de las membranas mucosas. Aumento 4x, coloración H&E. Se observa la ampolla subepitelial.



**Figura 3:** Lesiones en un paciente de la serie de casos con diagnóstico de pénfigo vulgar. **A)** Gingivitis descamativa que afecta encía libre, adherida y papilar en zona vestibular de forma generalizada. **B)** Lesiones ulcerativas, precedidas de ampollas que rompieron en paladar duro. **C)** Signo de Nikolsky positivo en mucosa del carrillo.

costras en las regiones de la nariz y los oídos externos, así como eritema de ambas córneas y adhesión de las membranas conjuntivales; como resultado de la biopsia se diagnosticó PMM con GD asociada. El segundo caso reportado trataba de mujer de 59 años con antecedentes de un año de ampollas recurrentes en la mucosa bucal. A la evaluación clínica se observó una erosión localizada en la parte inferior derecha de la encía marginal, pero sin lesiones en la piel u otras mucosas. Una muestra de biopsia de su mucosa bucal mostraba una membrana mucosa cubierta por epitelio escamoso, junto con desprendimiento parcial del epitelio y el tejido conectivo submucoso con ligera infiltración de células inflamatorias, obteniendo como diagnóstico PMM y GD. Ambos casos no reportaron signo positivo de Nikolsky.<sup>23</sup>

La literatura reporta que el PMM es más común en la quinta y sexta década de la vida y su prevalencia es en mujeres contrastando con hombres. En nuestro estudio, cinco pacientes de los ocho presentados fueron diagnosticados con PMM y GD, de los cuales cuatro eran mujeres, ubicados entre la quinta y sexta década de vida. El signo positivo de Nikolsky estuvo presente en cuatro de los cinco pacientes y sólo dos con manifestación en otras mucosas y partes del cuerpo (*Figuras 1 y 2*).

Un hombre de 36 años fue reportado con antecedentes de ulceraciones dolorosas que involucraban el paladar y encía durante las últimas dos semanas. La historia reveló que las ulceraciones comenzaron inicialmente como ampollas y se asociaron con dolor que se agravaba al masticar los alimentos; las ulceraciones provocaron considerables molestias, afectando su normal funcionamiento bucal. El examen bucal reveló áreas de erosiones en el paladar y el vestíbulo inferior, las encías se presentaban eritematosas con numerosas erosiones en el borde de encía marginal. La mucosa gingival mostró un resultado positivo de Nikolsky. El examen extrabucal no reveló lesiones cutáneas. Se realizó el diagnóstico de PV y GD.<sup>24</sup>

De los pacientes reportados en este estudio, sólo uno fue diagnosticado con PV y GD, se trataba de una mujer de 63

años con manifestaciones en cavidad bucal y cuero cabelludo. Según la literatura, el PV es frecuente entre la quinta y sexta década de la vida con predilección al género femenino, coincidiendo con la paciente reportada (*Figuras 3 a 5*).

Pocos estudios han comparado el PMM y PV; una investigación obtuvo como resultado de una muestra de 57 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, del total de la muestra, 26 pacientes presentaron PMM (46%) y 31 con PV (54%). La gingivitis descamativa fue evidente en el 84% de los casos de PMM en comparación con el 26% de los casos de PV ( $p < 0.05$ ). Las lesiones no gingivales fueron observadas en el 6% de los casos de PMM en comparación con el 55% de los casos de PV ( $p < 0.01$ ).<sup>25</sup>

Una mujer de 54 años manifestaba encías rojas junto con sensación de ardor, que agravó por el consumo de alimentos picantes o calientes. El examen bucal mostró encía de color rojo intenso con eritema visible que se extendía desde el primer molar superior derecho al primer molar superior izquierdo y el primer premolar inferior derecho al primero premolar inferior izquierdo. Todo el espesor de la encía (encía marginal, papilas interdentes y encía adherida) hasta la unión mucogingival estaba eritematosa y dolorosa a la palpación, sin secreción evidente de la encía y signo negativo Nikolsky. Al examinar el resto de la mucosa bucal, no se observaron hallazgos significativos en los tejidos blandos; sin embargo, se observó acumulación generalizada de cálculo y biopelícula dentaria. A la evaluación dermatológica se evidenció lesiones a nivel de piernas. Considerando la presencia de las lesiones bucales, cutáneas y el resultado de biopsia de GD, se diagnosticó como LP.<sup>4</sup>

Vatankhah y colaboradores reportaron el caso de una mujer de 25 años con un motivo de consulta principal de malestar bucal y dolor de la encía; el examen bucal mostró la presencia de múltiples áreas eritematosas y descamativas bilaterales en mucosa gingival tanto superior como inferior con signo de Nikolsky positivo. Por el dolor, la higiene dental en el hogar era difícil y desalentadora para el paciente. El examen

histopatológico de la lesión gingival mostró un epitelio aplastado con licuefacción de la capa basal y áreas yuxtaepiteliales de infiltrado inflamatorio crónico. El diagnóstico fue LP con GD asociada.<sup>24,26</sup>

Se ha reportado que el LP es más frecuente entre la tercera y quinta década de la vida con una predilección al género femenino. En este reporte de casos, de los ocho pacientes presentados sólo dos fueron diagnosticados con LP y GD ubicados entre la tercera y quinta década de la vida, sólo uno

con manifestación en otra parte del cuerpo. A pesar, de que la literatura confirma que esta entidad se presenta con signo negativo de Nikolsky, uno de los pacientes con diagnóstico de LP presentó signo positivo (*Figura 6*).

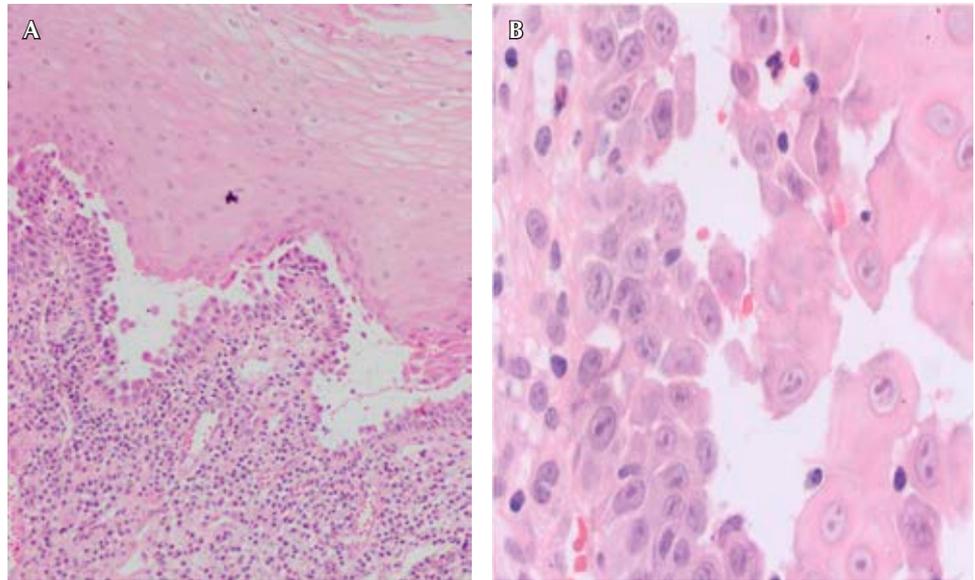
## CONCLUSIÓN

Luego del estudio de esta serie de casos quedó evidenciado que la GD, en la mayoría de los casos, es la expresión clínica

**Figura 4:**

Fotomicrografía de estudio histopatológico de biopsia incisional de lesiones de pénfigo vulgar.

**A)** Aumento 4x, coloración H&E. Se observa la ampolla intraepitelial. **B)** Aumento: 40x, coloración H&E. Se identifica la acantólisis y las células Tzanck.



**Figura 5:**

Lesiones cutáneas en manos, cráneo y dorso en un paciente de la serie de casos con diagnóstico de pénfigo vulgar. Se observan lesiones ulcerativas, la presencia de ampollas y costras.



**Figura 6:** Lesiones en un paciente de la serie de casos diagnosticado con liquen plano. Se observan lesiones de gingivitis descamativa con las estrías blanquecinas, organizadas en un patrón reticular.

de enfermedades inmunológicas y autoinmune, siendo las más comunes el PMM, el LP y el PV, afectando principalmente mujeres en la sexta década de vida, con lesiones en la zona gingival anterosuperior por vestibular; algunas de las cuales pudieran tener manifestaciones cutáneas y en mucosa vaginal. El odontólogo general y en especial el periodoncista deben tener las herramientas para realizar la historia clínica que incluya una anamnesis y evaluación física y clínica adecuada que permita identificar que el cuadro de gingivitis en estos pacientes no está asociado a la biopelícula dental sino alguna condición sistémica, lo que permitirá su rápida remisión al médico bucal. Esto contribuirá al diagnóstico temprano para evitar la aparición de lesiones dolorosas y diseminadas en la mucosa bucal, en otras mucosas (ocular, vaginal y del pene) y piel, que afecten significativamente la calidad de vida del paciente; razón por la cual juegan un papel fundamental en el equipo interdisciplinario de salud que atenderá a estas personas.

#### REFERENCIAS

- Vijayan V, Paul A, Babu K, Madhan B. Desquamative gingivitis as only presenting sign of mucous membrane pemphigoid. *J Indian Soc Periodontol.* 2016; 20 (3): 340-343.
- Gaultier F, Ejeil A, Jungo S, Ingen-Housz-Oro S, de Clatigny F, Bruno G, et al. Clinical relevance of interdental papilla biopsy in chronic erosive gingivitis (desquamative gingivitis): retrospective bicentric study of 148 specimens. *BMC Oral Health.* 2021; 21 (1): 452.
- Ramesh A, Bhat R, Madhumita M, Jaganathan P. Desquamative gingivitis in dermatological disorders. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2021; 87 (3): 446-451.
- Mathew M, Nayak V, Ramaiah S, Sethuraman S. Desquamative gingivitis: a definite indicator for mucocutaneous disorders. *BMJ Case Rep.* 2022; 15 (1): e247857.
- Shaqman M, Hamdan A, Karadsheh O, Sawair F, Hassona Y. Desquamative gingivitis: a challenging diagnosis for clinicians. *Br Dent J.* 2020; 229 (1): 26-30.
- Cabras M, Gambino A, Broccoletti R, Arduino P. Desquamative gingivitis: a systematic review of possible treatments. *J Biol Regul Homeost Agents.* 2019; 33 (2): 637-642.
- Maderal AD, Lee Salisbury P 3rd, Jorizzo JL. Desquamative gingivitis: diagnosis and treatment. *J Am Acad Dermatol.* 2018; 78 (5): 851-861.
- Maderal AD, Lee Salisbury P 3rd, Jorizzo JL. Desquamative gingivitis: clinical findings and diseases. *J Am Acad Dermatol.* 2018; 78 (5): 839-848.
- Yuwanati M, Gondivkar S, Sarode S, Gadail A, Sarode G, Patil S, et al. Impact of oral lichen planus on oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Clin Pract.* 2021; 11 (2): 272-286.
- González M, Warnakulasuriya S, González I, González L, Ayén A, Lenouvel D, et al. Worldwide prevalence of oral lichen planus: a systematic review and meta-analysis. *Oral Dis.* 2021; 27 (4): 813-828.
- Oberti L, Alberta L, Massimo P, Francesco C, Dorina L. Clinical management of oral lichen planus: a systematic review. *Mini Rev Med Chem.* 2019; 19 (13): 1049-1059.
- Villanueva F, Escalante L, Zambrano G, Cuevas J, Maya I. Liquen plano bucal. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Alerg Méx.* 2018; 65 (4): 424-430.
- Mergoni G, Magnani V, Goldoni M, Vescovi P, Manfredi M. Effects of oral healthcare motivation in patients with gingival oral lichen planus: A randomized controlled trial. *Oral Dis.* 2019; 25 (5): 1335-1343.
- Mays J, Carey B, Posey R, Gueiros L, France K, Setterfield J et al. World Workshop of Oral Medicine VII: a systematic review of immunobiologic therapy for oral manifestations of pemphigoid and pemphigus. *Oral Dis.* 2019; 25 (Suppl 1): 111-121.
- Patel P, Jones V, Murray T, Amber K. A review comparing international guidelines for the management of bullous pemphigoid, pemphigoid gestationis, mucous membrane pemphigoid, and epidermolysis bullosa acquisita. *Am J Clin Dermatol.* 2020; 21 (4): 557-565.
- Buonavoglia A, Leone P, Dammacco R, Di Lernia G, Petrucci M, Bonamonte D, et al. Pemphigus and mucous membrane pemphigoid: An update from diagnosis to therapy. *Autoimmun Rev.* 2019; 18 (4): 349-358.
- Holtsche MM, Zillikens D, Schmidt E. Mucous membrane pemphigoid. *Hautarzt.* 2018; 69 (1): 67-83.
- Taylor J, McMillan R, Shephard M, Setterfield J, Ahmed R, Carrozzo M, et al. World Workshop on Oral Medicine VI: a systematic review of the treatment of mucous membrane pemphigoid. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2015; 120 (2): 161-71.e20.
- Kridin K. Pemphigus group: overview, epidemiology, mortality, and comorbidities. *Immunol Res.* 2018; 66 (2): 255-270.
- Altman EM. Novel therapies for pemphigus vulgaris. *Am J Clin Dermatol.* 2020; 21 (6): 765-782.
- Cura M, Torre A, Cueto K, Bollea M, Riganti J, Puga M, et al. Pénfigo vulgar: estudio de cohorte retrospectivo de sus características clínicas, tratamientos empleados y evolución. *Actas Dermosifiliogr.* 2020; 111 (5): 398-407.
- Porro A, Seque C, Corsi M, Simões M, Silva E. Pemphigus vulgaris. *An Bras Dermatol.* 2019; 94 (3): 264-278.
- Wada M, Sato J, Shindoh M, Ujiie H, Natsuga K, Nishie W, et al. Anti-BP180-type mucous membrane pemphigoid: report of two cases. *Odontology.* 2016; 104 (1): 114-118.

24. Kumar S, Nehru S, Gunasekaran N, Krishnan R. Oral pemphigus vulgaris: A case report with direct immunofluorescence study. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2016; 20 (3): 549.
25. Sultan A, Villa A, Saavedra A, Treister N, Woo S. Oral mucous membrane pemphigoid and pemphigus vulgaris-a retrospective two-center cohort study. *Oral Dis.* 2017; 23 (4): 498-504.
26. Vatankhah M, Taghi Chitsazi M, Mehdipour M, Taghavi Zenouz A, Estakhri R. Treatment of desquamative gingivitis with free gingival graft: a case report. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects.* 2010; 4 (1): 33-36.

**Conflicto de intereses:** los autores declaramos no tener conflicto de intereses en el desarrollo del presente estudio.

**Correspondencia:**

**Rodolfo J Gutiérrez Flores**

**E-mail:** odgutierrezrodolfo@gmail.com



Julio - Septiembre 2023  
Vol. 3, núm. 3 / pp. 133-135

### Palabras clave:

fibroma traumático,  
mucosa yugal, fibroma  
traumático gigante.

### Keywords:

traumatic fibroma,  
cheek, giant traumatic  
fibroma.

# Fibroma traumático gigante. Reporte de caso

## Giant traumatic fibroma. Case report

Darío Sosa,\* Arianna Graterol,† Elizabeth Albornoz,§ Ronar Gudiño¶

### RESUMEN

**Introducción:** el fibroma traumático es un tumor benigno que se desarrolla como una respuesta inflamatoria a una lesión o traumatismo en la zona afectada. Suele aparecer en la cavidad bucal, generalmente en la lengua, mucosa yugal y los labios, sin discriminar entre géneros ni edades. Se presenta clínicamente de forma redonda u ovalada, de consistencia firme de color rosa claro, tamaño variable, usualmente menor a 1 cm. Su diagnóstico es clínico e histopatológico. Como tratamiento, se recomienda la escisión total de la lesión. **Presentación del caso:** se presenta un caso de un paciente femenino de 64 años con una lesión en mucosa yugal derecha de 1.5 cm, del color de la mucosa, consistencia firme y base pediculada. Se realizó biopsia escisional de la lesión. **Resultado:** el diagnóstico definitivo histopatológico fue fibroma traumático. Se realizaron controles postoperatorios sin evidencia de recidiva de la lesión. **Conclusión:** el fibroma traumático es una lesión benigna producto de un estímulo. Su porcentaje de recidiva es bajo.

### ABSTRACT

**Introduction:** traumatic fibroma is a benign tumor that develops as an inflammatory response to an injury or trauma to the affected area. It usually appears in the oral cavity, usually on the tongue, jugal mucosa and lips, without discriminating between genders or ages. It presents clinically in a round or oval shape, of firm consistency of light pink color, variable size, usually less than 1 cm. Its diagnosis is clinical and histopathological. As a treatment, total excision of the lesion is recommended. **Case presentation:** a 64-year-old female patient with a 1.5 cm right jugal mucosal lesion, mucosal color, firm consistency and pedicle base is presented. Excisional biopsy of the lesion was performed. **Result:** definitive histopathological diagnosis traumatic fibroma. Postoperative controls were performed without evidence of lesion recurrence. **Conclusion:** traumatic fibroma is a benign lesion resulting from a stimulus. The recurrence rate is low.

## INTRODUCCIÓN

El fibroma traumático es una lesión benigna de tejido conectivo,<sup>1,2</sup> de color parecido al tejido de donde se origina y el cual tiene una capacidad limitada de crecimiento autónomo.<sup>2,3</sup> Su crecimiento depende del estímulo que lo provoca; esto quiere decir que, en ausencia de estímulo, el crecimiento se detiene.<sup>1,4</sup> En cavidad bucal, el fibroma traumático es la lesión más frecuente. También es conocida como hiperplasia reactiva fibrosa inflamatoria, fibroma por irritación, hiperplasia fibrosa focal, entre otros.<sup>3</sup>

Es frecuente entre la segunda y quinta década de la vida, sin discriminación de género o grupo étnico.<sup>1-3</sup> Su etiología se debe a trauma, fricción o

roce constante, asociado a mordisqueo, restauraciones defectuosas o desbordantes y prótesis dentales mal adaptadas.<sup>1,2,5</sup> Esta lesión puede aparecer en zonas de irritación constante, tales como reborde alveolar edéntulo, mucosa de revestimiento, lengua,<sup>6</sup> labios<sup>7</sup> y paladar.<sup>8</sup> Se presenta en forma redondeada u ovalada, tamaño variable, usualmente menor a 5 mm,<sup>2</sup> de color de la mucosa, superficie lisa, con base sésil o pediculada, de consistencia firme, crecimiento lento y asintomática.<sup>1,3-5</sup> Entre sus diagnósticos diferenciales (dependiendo de su localización, tamaño y características histopatológicas) se encuentran: granuloma piógeno,<sup>9</sup> papiloma e hiperplasia fibrosa inflamatoria.<sup>5</sup>

Histopatológicamente, se observa como una hiperplasia de tejido conectivo, con fibras de co-

\* Residente del Postgrado de Cirugía Bucal. Facultad de Odontología.

† Estudiante de pregrado. Facultad de Odontología.

§ Coordinadora del

Postgrado de Cirugía Bucal. Facultad de Odontología.

¶ Coordinador del Postgrado de Cirugía Maxilofacial. Hospital Universitario Clínico.

Universidad Central de Venezuela. Venezuela.

Recibido: 02/08/2023

Aceptado: 31/08/2023

doi: 10.35366/114536

**Citar como:** Sosa D, Graterol A, Albornoz E, Gudiño R. Fibroma traumático gigante. Reporte de caso. Lat Am J Oral Maxillofac Surg. 2023; 3 (3): 133-135. <https://dx.doi.org/10.35366/114536>



lágeno tipo I y III, cubierto por epitelio escamoso estratificado, con núcleos alargados, infiltrado inflamatorio y citoplasma fusiforme.<sup>5-7</sup>

Existen reportes de fibromas traumáticos de mayor tamaño, denominados fibromas traumáticos gigantes,<sup>4,9-11</sup> ya que exceden los 10 mm de tamaño, teniendo en cuenta que estas lesiones por lo general suelen ser de menor tamaño.<sup>2</sup> Es por ello que el objetivo del presente artículo es describir un caso de un paciente femenino en la sexta década de la vida con un fibroma traumático en mucosa yugal izquierda de 1.5 cm.

## REPORTE DE CASO

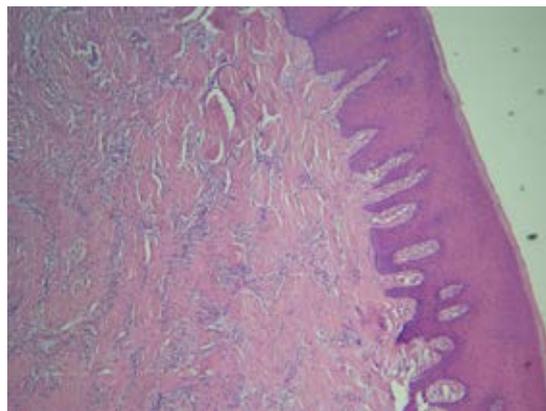
Se trata de paciente femenino de 64 años de edad, la cual acude al Postgrado de Cirugía Bucal de la Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela, referida por la Clínica Estomatológica de la misma entidad, cuyo motivo de consulta



**Figura 1:** Lesión exofítica del color de la mucosa. Se seca para observar si existe obliteración del conducto parotídeo.



**Figura 2:** Se observa base pediculada de la lesión.



**Figura 3:** Corte histológico. Aumento 4x.

fue un aumento de volumen en mucosa yugal derecha. La paciente refiere inicio de enfermedad actual aproximadamente en 2012 posterior a traumatismo por mordedura, el cual ha ido aumentando de tamaño progresivamente, pero detuvo su crecimiento hace aproximadamente dos años. No refiere antecedentes personales ni familiares contributivos para el caso.

Al examen clínico intraoral, se observa una lesión tumoral de aproximadamente 1.5 cm de diámetro, del color de la mucosa, de consistencia firme a la palpación, de base pediculada que pareciera involucrar el conducto parotídeo sin obliterarlo (Figuras 1 y 2).

A la paciente se le informó tanto de forma verbal como escrita a través de un consentimiento informado, donde se explicó de forma detallada la posible naturaleza de la lesión y los pasos a seguir para su tratamiento. Además, la paciente autorizó el registro fotográfico para su divulgación científica.

Se tuvo como diagnóstico presuntivo: fibroma traumático. Se realizó biopsia escisional, cuidando no alterar la continuidad del conducto parotídeo. Se realizó la síntesis de los tejidos con sutura tipo Catgut crómico 3-0 y se envió la muestra a estudio histopatológico.

Al microscopio se identificó una lesión reactiva con proliferación desorganizada de haces de colágeno maduro entremezclados con fibroblastos ahusados de características normales (Figura 3). La lesión se encontró revestida por epitelio plano estratificado de espesor variable y con características de normalidad, dando como diagnóstico definitivo: fibroma traumático.

Se realizó control postoperatorio a los ocho y 21 días, con buena cicatrización y sin evidencia de recidiva.

## DISCUSIÓN

El fibroma traumático es una lesión benigna de tejido conectivo.<sup>2,5,7</sup> Su etiología suele ser traumática,<sup>1,3,4,10</sup> tal como se

presenta en este caso, donde la etiología fue traumatismo por mordedura hace aproximadamente 10 años. Esta lesión se da en pacientes entre la segunda y quinta década de la vida;<sup>2,7,12</sup> sin embargo, en el presente caso, la paciente tiene 64 años. Autores como Cohen,<sup>7</sup> Velásquez y López-Labady,<sup>2</sup> Nascimento y colegas<sup>11</sup> señalan una prevalencia sobre el sexo femenino, lo que concuerda con el caso presentado; mientras que Moret y su equipo<sup>1</sup> exponen que no hay preferencia por algún género.

Moret y su equipo,<sup>1</sup> Velásquez y López-Labady,<sup>2</sup> así como Cohen,<sup>7</sup> establecen como sitio de aparición la mucosa yugal, al igual que en el caso presentado. La apariencia de esta lesión suele ser de forma redonda u ovalada, del color de la mucosa, con base pediculada<sup>2,4-6</sup> similar al caso presentado. Sin embargo, estos mismos autores establecen que el fibroma traumático presenta un tamaño promedio menor a 1 cm. Esto concuerda con la definición de fibroma traumático gigante expuesta por Falcón Guerrero<sup>12</sup> y Labrada García y Montaña Raveneau,<sup>4</sup> similar al caso presentado donde la lesión es de 1.5 cm. Además, Cohen<sup>7</sup> establece que si el traumatismo es de larga data, las fibras colágenas tienden a ser maduras; mientras que si se detiene el estímulo a tiempo, la lesión puede referir de manera espontánea.

Varios autores<sup>1,2,4-6,8,9</sup> señalan que el tratamiento es la exéresis de la lesión y biopsia. La conducta en el presente caso fue de biopsia escisional y envío al laboratorio histopatológico, concordando con la literatura consultada.

## CONCLUSIÓN

El fibroma traumático es una lesión benigna, cuyo crecimiento es limitado y dependiente de estímulo. Su diagnóstico es clínico e histopatológico; es por ello que, de acuerdo al tamaño, se establezca una correcta conducta clínica para no confundir con otras entidades patológicas.

## AGRADECIMIENTOS

Al Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela, por la confianza y su iniciativa de trabajo multidisciplinario.

A la Dra. Luisana Brito, por haber realizado el estudio histopatológico de la lesión y haber compartido las microfotografías del caso.

## REFERENCIAS

1. Moret Y, López-Labady J, Cuberos M, Camacho A, González JM. Fibroma traumático: dos presentaciones clínicas una misma entidad. *Acta Odont Venez* [Internet]. 2012; 50 (4). Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/4/art-16/>
2. Velásquez L, López-Labady J. Prevalencia del fibroma traumático en la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela - periodo 2000-2015. *Odous Científica*. 2019; 20 (1): 25-32.
3. Vallejo Ochoa AD. Caso clínico: fibroma traumático bimaxilar. Tratamiento [Tesis]. Ecuador: Universidad Católica de Cuenca; 2021. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/7954>
4. Labrada García O, Montaña Raveneau SM. Fibroma gigante de mucosa bucal: presentación de dos casos. *Rev Hallazgos21*. 2019; 4 (2): 215-220.
5. Dias de Souza CM, Da Silva Cardoso IS, Faro Casseb T, Beckmann Carvalho TR, Brito Tanaka E, Faciola Pessoa de Oliveira PG, et al. Fibroma traumático na cavidade oral. *Brazilian J Implantol Heal Sci*. 2022; 4 (4): 35-46.
6. Santos Zambrano TB, Barreiro Mendoza N, Navarrete Bazurto MR. Fibroma reactivo lateral de lengua: presentación de un caso clínico. *EOUG*. 2021; 3 (2): 31-35.
7. Cohen PR. Biting fibroma of the lower lip: a case report and literature review on an irritation fibroma occurring at the traumatic site of a tooth bite. *Cureus*. 2022; 14 (12): e32237.
8. Gómez R, Chinchilla D, Delgado M, Lugo M, Gerardi M, León Y. Fibroma traumático de localización inusual. Reporte de un caso. *Acta Odont Venez*. 2015; 53 (4): 29-30.
9. Gupta S, Dhakad P, Darshan Rao S, Gulzar A, Shankar Agrawal S. Unusual presentation of a fibroma: A rare case presentation. *J MAR Dent Sci*. 2023; 6 (6): 1-9.
10. Gamal-AbdelNaser A, Ashraf O, Ibrahim A. Giant oral irritational fibroma secondary to childhood trauma: case report. *Ahram Can Dent J*. 2023; 2 (1): 26-32.
11. Nascimento LHA, Pinheiro TN, Junior JM, Albuquerque GC, Oliveira MV, Martins VB. An unusual case of leaf-like traumatic fibroma in a dentate patient. *RDMMR-V1*. 2021; (1): 89-94.
12. Falcón Guerrero B. Fibroma labial gigante: a propósito de un caso. *Rev Med (Puebla)*. 2016; (1): 46-50.

### Correspondencia:

**Darío Sosa**

**E-mail:** [dario.sosa@gmail.com](mailto:dario.sosa@gmail.com)



Julio - Septiembre 2023  
Vol. 3, núm. 3 / pp. 136-138

# Lipoma de piso de boca. Presentación atípica

## *Lipoma of the floor of the mouth. Atypical presentation*

Gustavo Bustamante,\* Alejandro Cedeño,\* Ligia Pérez,† Patricia López,§ Karina Ruiz¶

**Palabras clave:**  
lipoma, piso de boca,  
lipoma intraoral,  
neoplasia benigna,  
tejido adiposo.

**Keywords:**  
lipoma, floor of  
mouth, intraoral  
lipoma, benign  
neoplasm, adipose  
tissue.

### RESUMEN

**Introducción:** los lipomas son neoplasias benignas originadas del tejido adiposo y se consideran relativamente comunes en varias regiones anatómicas. El sitio común para el lipoma oral es la mucosa bucal, seguido de la lengua, los labios, el piso de la boca, el vestíbulo, el paladar, la encía y la región retromolar. **Objetivo:** presentar el caso de un paciente masculino con diagnóstico histopatológico de lipoma intraoral que fue tratado mediante extirpación quirúrgica sin recurrencia ni complicaciones. **Caso clínico:** se trata de un paciente masculino de 58 años de edad, quien acudió por presentar aumento de volumen en piso de boca. En el examen clínico intraoral se evidenció aumento de volumen de color amarillento en piso de boca, con predominio del lado izquierdo, circunscrito, depresible a la palpación. A quien se le realizó toma de biopsia excisional de lesión antes descrita, dando como diagnóstico histopatológico lipoma de piso de boca. **Conclusión:** los lipomas intraorales son una entidad poco frecuente, que puede notarse sólo durante los exámenes dentales de rutina. En el presente caso, dicha lesión en piso de boca corresponde a una de las ubicaciones menos frecuentemente reportadas en la literatura. El diagnóstico de los lipomas orales suele ser clínico y quirúrgico, pero la histopatología sigue siendo el estándar de oro.

### ABSTRACT

**Introduction:** lipomas are benign neoplasms originating from adipose tissue and are considered relatively common in various anatomic regions. The common site for oral lipoma is the buccal mucosa, followed by the tongue, lips, floor of the mouth, vestibule, palate, gingiva and retromolar region. **Objective:** to present a case of a male patient with histopathologic diagnosis of intraoral lipoma that was treated by surgical excision without recurrence or complications. **Clinical case:** a 58-year-old male patient presented with an increase in volume on the floor of the mouth. The intraoral clinical examination revealed an increase of yellowish volume on the floor of the mouth, predominantly on the left side, circumscribed, depressible to palpation. An excisional biopsy of the lesion described above was performed, giving as histopathological diagnosis lipoma of the floor of the mouth. **Conclusion:** intraoral lipomas are a rare entity, which can be noticed only during routine dental examinations. In the present case, this lesion on the floor of the mouth corresponds to one of the less frequently reported locations in the literature. The diagnosis of oral lipomas is usually clinical and surgical, but histopathology remains the gold standard.

### INTRODUCCIÓN

Los lipomas son neoplasias benignas originadas del tejido adiposo y se consideran relativamente comunes en varias regiones anatómicas. Alrededor de 15 a 20% de todos los lipomas afectan la región de cabeza y cuello, y se estima que sólo de 1 a 4% de estos afectan la cavidad bucal, donde representan de 0.1 a 5% de todos los tumores benignos.<sup>1</sup> Los lipomas son comunes en

grupos de edad entre 40 y 50 años sin predilección de género.<sup>2</sup> El sitio común para el lipoma oral es la mucosa bucal, seguido de la lengua, los labios, el piso de la boca, el vestíbulo, el paladar, la encía y la región retromolar. Clínicamente, el lipoma oral se presenta como un tumor bien delimitado, blando, no doloroso, de crecimiento lento, con una base pedunculada o sésil. El tamaño medio de estos tumores oscila entre 10 y 30 mm.<sup>3</sup>

**Citar como:** Bustamante G, Cedeño A, Pérez L, López P, Ruiz K. Lipoma de piso de boca. Presentación atípica. Lat Am J Oral Maxillofac Surg. 2023; 3 (3): 136-138. <https://dx.doi.org/10.35366/114537>

\* Cirujano Bucal. Profesor agregado del Postgrado de Cirugía Bucal. Facultad de Odontología. División de Estudios para Graduados.

† Patóloga Oral y Maxilofacial. Profesor titular en Facultad de Odontología. Programa de Formación de Residencia de Postgrado en Cirugía Bucal.

§ Residente del Postgrado de Cirugía Bucal. Facultad de Odontología. División de Estudios para Graduados.

¶ Residente del Postgrado de Periodoncia. Facultad de Odontología. División de Estudios para Graduados.

La Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.

Recibido: 20/11/2023

Aceptado: 02/12/2023

doi: 10.35366/114537



El término «lipoma» comprende varias entidades diferentes, incluido el lipoma convencional y varios otros subtipos histológicos con diferentes características clínicas e histológicas, tales como: fibrolipoma, lipoma mixoide, angioliipoma, miolipoma, lipoma de células fusiformes/lipoma pleomórfico, infiltrante (intramuscular) lipoma, lipoma intermuscular, hibernoma, lipomatosis, lipoblastoma/lipoblastomatosis, lipomas de las glándulas salivales (sialolipomas), lipomas atípicos (tumores lipomatosos atípicos), osteolipoma, condrolipoma, angiomioliipoma, mielolipoma y lipoma condroide.<sup>1</sup> La mayoría de estos subtipos han sido descritos y estudiados en tejido subcutáneo y otras regiones anatómicas, y existe poca información sobre la frecuencia y las características clínico-patológicas de estas variantes histológicas en la cavidad oral.

La etiología y la patogenia siguen sin estar claras, aunque se han notificado trastornos mecánicos, endocrinos, endocrinos, obesidad, hipercolesterolemia, radiación e influencias de anomalías cromosómicas e influencias inflamatorias.<sup>4</sup>

El objetivo de este artículo es presentar el caso de un paciente masculino con diagnóstico histopatológico de lipoma intraoral que fue tratado mediante extirpación quirúrgica sin recurrencia ni complicaciones.

## CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de 58 años de edad, sin antecedentes médico-quirúrgicos de relevancia, quien fue remitido al servicio de cirugía bucal por presentar aumento de volumen en piso de boca con tiempo indefinido de evolución, asintomático.

En el examen clínico extraoral no se evidenciaron aumentos de volumen ni asimetrías faciales. Durante examen clínico intraoral se evidenció aumento de volumen de color amarillento en piso de boca, con predominio del lado izquierdo, circunscrito, depresible a la palpación, con un tamaño aproximado de 3 × 2 cm de diámetro (Figura 1).



Figura 1: Fotografía preoperatoria.



Figura 2: Fotografía intraoperatoria. Biopsia excisional de lesión.



Figura 3: Estudio histopatológico.

A la anamnesis, el paciente refirió ausencia de sintomatología dolorosa sin secreción purulenta asociada. No se reportaron antecedentes de trauma, dificultad para tragar o masticar.

Basado en los hallazgos clínicos, un diagnóstico diferencial clínico de Lipoma fue dado, donde posteriormente se decidió la realización de toma de biopsia excisional de lesión bajo anestesia local (Figura 2).

El espécimen fue llevado a estudio histopatológico donde se evidenció la presencia de secciones las cuales mostraban lóbulos de tejido adiposo maduro, vascularizado, dividido por tabiques y rodeado por capsula de tejido conectivo fibroso (Figura 3). Y aportando diagnóstico final posterior a su estudio de lipoma de piso de boca.

La cicatrización de la herida transcurrió sin incidentes y el paciente actualmente está bajo seguimiento regular, donde no se han evidenciado recurrencias de la misma.

## DISCUSIÓN

El lipoma oral es una entidad clinicopatológica benigna poco frecuente. Este tumor, sésil o pedunculado, tiene un crecimiento lento pero variable y suele notarse su aparición cuando alcanza un gran tamaño.<sup>5</sup>

La etiología y la patogenia de los lipomas aún no están claras. Puntos de vista anteriores de la etiología de los lipomas informaron que surgieron de los lipoblastos y el mesodermo embrionario en proliferación. Puede surgir debido a la degeneración grasa de otras células o debido a la metaplasia de las células musculares. La teoría de la hipertrofia establece que la obesidad y el depósito adicional de tejido adiposo pueden dar lugar a la formación de lipomas orales.<sup>6</sup> El trauma, la influencia hormonal, las anomalías cromosómicas y la irritación crónica pueden desempeñar un papel en la diferenciación de las células latentes en células grasas.<sup>7</sup>

De acuerdo con Azzouz y colaboradores los lipomas tienen un aspecto microscópico comparable al tejido adiposo normal y están formados por células grasas maduras, las cuales difieren ligeramente en tamaño y forma de los adipocitos normales, puesto que son un poco más grandes (hasta 200 mm de diámetro) y tienen un metabolismo más alto. Los autores propugnan que a veces, la cápsula puede faltar o estar rota.<sup>4</sup> Sin embargo esto difiere de lo observado en el caso presentado, puesto que posterior al estudio histopatológico del espécimen se observó preservación de una cápsula de tejido conectivo fibroso.

El diagnóstico diferencial del lipoma intraoral incluye quistes orales dermoides y epidermoides, quiste linfoepitelial oral, tumor benigno de las glándulas salivales, mucocele, neoplasia mesenquimatosa benigna, ránula, tejido tiroideo ectópico y linfoma.<sup>7</sup>

El lipoma generalmente se trata con una resección quirúrgica completa. Después de una escisión adecuada, no hay recurrencia, pero el lipoma infiltrante tiende a recidivar después de una escisión inadecuada debido a que no están encapsulados como los lipomas simples.<sup>4-8</sup> Cualquier recurrencia debe despertar la sospecha de liposarcoma.<sup>9</sup>

Se requiere un manejo temprano de los lipomas, ya que el tumor puede asumir grandes tamaños y puede causar dificultades en los procesos fisiológicos como el habla, la masticación y la deglución. También puede causar anomalías dentales como mordida abierta anterior, así como dificultades en las vías respiratorias, atrofia de la lengua y macroglosia. En casos de lipomas bien encapsulados, es recomendable extirpar la lesión por completo con un área de tejido normal para evitar la recurrencia. El láser de diodo también se puede utilizar como modalidad quirúrgica para los lipomas orales.<sup>6</sup>

Existen otras alternativas médicas para el tratamiento de los lipomas dentro de los cuales se incluye esteroides inyec-

tables para tratar el lipoma de tejidos blandos, que provoca la atrofia del tejido adiposo y reduce el tamaño del tumor. Está indicado en lipomas de menos de 2.54 cm de diámetro. Una inyección mensual de una mezcla 1:1 de lidocaína y acetónido de triamcinolona en la región central del tumor.<sup>7</sup>

## CONCLUSIÓN

Los lipomas intraorales son una entidad poco frecuente, que puede notarse sólo durante los exámenes dentales de rutina. Los signos y síntomas de los mismos dependerán de su ubicación anatómica en el cuerpo humano; sin embargo, aquellos ubicados intraoralmente suelen ser asintomáticos.

En el presente caso, dicha lesión en piso de boca, corresponde a una de las ubicaciones menos frecuentemente reportadas en la literatura. El diagnóstico de los lipomas orales suele ser clínico y quirúrgico, pero la histopatología sigue siendo el estándar de oro.

## REFERENCIAS

1. Pires FR, Souza L, Arruda R, Cantisano MH, Picciani BL, Dos Santos TC. Intraoral soft tissue lipomas: clinicopathological features from 91 cases diagnosed in a single Oral Pathology service. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2021; 26 (1): e90-e96.
2. Ramakrishnan K, Palanivel I, Narayanan V, Banu M. Unusually large submucosal mandibular lipoma of buccal vestibule: a case report and review of literature. *J Dent Shiraz Univ Med Sci*. 2022; 23 (1): 76-79.
3. Taira Y, Yasukawa K, Yamamori I, Iino M. Oral lipoma extending superiorly from mandibular gingivobuccal fold to gingiva: a case report and analysis of 207 patients with oral lipoma in Japan. *Odontology*. 2012; 100: 104-108.
4. Azzouz Y, Abidi S, Zidane FZ, Chbicheb S. An unusual intraoral lipoma: case report and review of the literature. *Pan Afr Med J*. 2022; 41: 336. doi: 10.11604/pamj.2022.41.336.34808.
5. Perez-Sayáns M, Blanco-Carrión A, Oliveira-Alves MG, Almeida JD, Anbinder AL, Lafuente-Ibáñez de Mendoza I, et al. Multicentre retrospective study of 97 cases of intraoral lipoma. *J Oral Pathol Med*. 2019; 48 (6): 499-504.
6. Varma BR, Kumar KS, Verghese RS, Janardhanan M. Unusual presentation of lipoma on the tongue. *BMJ Case Rep*. 2020; 13 (4): e232485.
7. Kumar LK, Kurien NM, Raghavan VB, Menon PV, Kham SA. Intraoral lipoma: a case report. *Case Rep Med*. 2014; 2014: 480130.
8. Motagi A, Aminzadeh A, Razavi SM. Large oral lipoma: Case report and literature review in Iran. *Dent Res J (Isfahan)*. 2012; 9 (3): 350-352.
9. Rikhotso RE, Mhlanga G, Bobat M. Giant lipoma of the head and neck region: case report and review of the literature. *Open Journal of Stomatology*. 2017; 7: 469-474.

### Correspondencia:

**Patricia López**

Avenida 16. Zulia, Venezuela.

Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial.

Servicio de Odontología. Hospital Universitario de Maracaibo.

**E-mail:** patriciapla101@gmail.com



Julio - Septiembre 2023  
Vol. 3, núm. 3 / pp. 139-143

# Queratoquiste odontogénico imitando quiste periodontal lateral. Reporte de un caso

*Odontogenic keratocyst mimicking lateral periodontal cyst. Report of a case*

Freddy Rodríguez,\* Samantha Villalobos,\* Carolina Bonilla,† Mariana Villarroel‡

**Palabras clave:**  
queratoquiste, quiste periodontal lateral, quistes del desarrollo, quistes mandibulares, diagnóstico diferencial.

**Keywords:**  
keratocyst, lateral periodontal cyst, developmental cysts, mandibular cysts, differential diagnosis.

## RESUMEN

El queratoquiste odontogénico es un quiste del desarrollo, presenta crecimiento clínico agresivo y un patrón de alta recurrencia entre 25 a 60%. La etiología sigue en discusión, siendo ésta la proliferación de la lámina dental epitelial de los maxilares, origen del órgano del esmalte por degeneración del retículo estrellado, antes del inicio de la aposición del esmalte y el componente de las células basales del epitelio bucal. Se presenta como hallazgo radiográfico casual y para llegar a un diagnóstico definitivo es necesaria una historia clínica detallada, evaluación física, fotografías clínicas, radiografías simples, imagenología 3D e histopatología. Se observa como una lesión radiolúcida unilocular o multilocular, a veces expansiva con márgenes bien delimitados y solitarias. El queratoquiste odontogénico puede presentar una alta tasa de recurrencia de un 20, 30 a 60%. Cada uno de estos aspectos por sí solo no son suficientes para llegar a un diagnóstico certero, es por esto que es de vital importancia no subestimar los hallazgos imagenológicos y su correlación con la histopatología, permitiendo así un diagnóstico temprano de lesiones con alto potencial de agresividad, reduciendo así la morbilidad de las mismas. El tratamiento es controversial, ya que la literatura reporta múltiples opciones tanto conservadoras como radicales y terapias adyuvantes. Se presenta un caso de una mujer de 59 años de edad que presentó un hallazgo radiográfico en mandíbula entre órganos dentarios 3.4 y 3.5, al que se realizó biopsia escisional que arrojó un resultado histopatológico de queratoquiste odontogénico.

## ABSTRACT

*The odontogenic keratocyst is a developmental cyst, it presents aggressive clinical growth and a high recurrence pattern between 25 to 60%. The etiology remains under discussion, being the proliferation of the epithelial dental lamina of the jaws, origin of the enamel organ due to degeneration of the stellate reticulum, before the beginning of the apposition of the enamel and the basal cell component of the oral epithelium. Diagnosis is by radiographic findings. To reach a definitive diagnosis, a detailed clinical history, physical evaluation, clinical photographs, simple X-rays, 3D imaging and histopathology are necessary. It presents as a unilocular or multilocular radiolucent lesion, sometimes expansive with well-defined margins and solitary. The odontogenic keratocyst can present a high recurrence rate of 20%, 30% to 60%. Each of these aspects alone are not enough to reach an accurate diagnosis, which is why it is vitally important not to underestimate the imaging findings and their correlation with histopathology, allowing an early diagnosis of lesions with a high potential for aggressiveness, thus reducing their morbidity. The treatment is controversial, since the literature reports multiple options, both conservative and radical, and adjuvant therapies. A case is presented of a 59-year-old female patient who presented a radiographic finding in the jaw between teeth 3.4 and 3.5, who underwent an excisional biopsy that yielded a histopathological result of odontogenic keratocyst.*

\* Residente del Postgrado de Cirugía Bucal de la Universidad Central de Venezuela.

† Especialista en Cirugía Bucal. Docente del Postgrado de Cirugía Bucal de la Universidad Central de Venezuela.

‡ PhD Patología Bucal y Maxilofacial, MSc. Medicina Estomatológica, MSc. Bioética. Especialista en tratamiento del tabaquismo.

Recibido: 12/11/2023  
Aceptado: 29/11/2023

doi: 10.35366/114538

## INTRODUCCIÓN

Los quistes odontogénicos son clasificados por la Organización Mundial de la Salud como inflamatorios y de desarrollo según su revestimiento epitelial.<sup>1</sup> El queratoquiste odontogénico se clasifica como un quiste del desarrollo.<sup>2</sup>

Philipsen en 1956 describe por primera vez el queratoquiste odontogénico, poniendo en evidencia su comportamiento biológico agresivo, características histológicas únicas, y alta tasa de recurrencia.<sup>3</sup> En 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reclasificó el queratoquiste odontogénico y definió estas lesiones como una

**Citar como:** Rodríguez F, Villalobos S, Bonilla C, Villarroel M. Queratoquiste odontogénico imitando quiste periodontal lateral. Reporte de un caso. *Lat Am J Oral Maxillofac Surg.* 2023; 3 (3): 139-143. <https://dx.doi.org/10.35366/114538>



neoplasia intraósea benigna, uni o multiquistica de origen odontogénico, con un revestimiento característico de epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado y un potencial de formación agresiva e infiltrante, recomendando el término tumor odontogénico queratoquístico, que reflejaría mejor su naturaleza neoplásica.<sup>4</sup> El queratoquiste odontogénico, según la OMS, en 2017 se reclasificó el tumor odontogénico queratinizante quístico como una lesión quística (queratoquiste odontogénico).<sup>5</sup> Una de las características de esta patología es la capacidad de crecer a lo largo de los canales esponjosos con muy poca expansión cortical.<sup>6</sup> Hay teorías de expansión, propuestas como actividad colagenolítica de la pared del quiste, síntesis de interleucina 1 y 6 por los queratinocitos, hiperosmolaridad intraluminal, proliferación epitelial activa.<sup>7</sup>

El queratoquiste odontogénico, presenta crecimiento clínico agresivo y un patrón de alta recurrencia entre 25 a 60%. La etiología tiene varias vertientes aun en discusión, por lo que se sugiere proliferación de la lámina dental epitelial de los maxilares, la segunda vertiente nos habla del origen del órgano del esmalte por degeneración que sufriría el retículo estrellado, antes del inicio de la aposición del esmalte, así como también del componente de las células basales del epitelio bucal.<sup>4</sup>

El queratoquiste odontogénico es un quiste del desarrollo que se encuentra con mayor frecuencia entre la segunda y quinta décadas, afecta con mayor frecuencia la región mandibular posterior.<sup>8</sup>

El queratoquiste odontogénico comprende 12% de todos los quistes odontogénicos de los maxilares, radiográficamente se presenta como una lesión radiolúcida unilocular o multilocular, a veces expansiva. El diagnóstico histopatológico es fundamental para distinguirlo de otros quistes odontogénicos debido a su alta tasa de recurrencia (13 y 58%).<sup>9</sup>

Como uno de los diagnósticos diferenciales del queratoquiste odontogénico en esta zona se presenta el quiste periodontal lateral.<sup>2</sup> El mismo se clasifica como quiste del desarrollo no inflamatorio, localizado adyacente o lateral a la raíz de un diente vital, siendo su ubicación más frecuente entre premolares mandibulares, aunque se ha informado que ocurre en las otras áreas.<sup>10</sup>

Presenta predilección por el sexo masculino y una mayor incidencia entre la quinta y séptima década. Generalmente se presenta asintomática y radiográficamente se observa una imagen radiolúcida con bordes bien definidos de forma redonda u ovoide.<sup>11</sup>

El objetivo del presente artículo es describir un caso de una mujer que presentó un queratoquiste odontogénico ubicado en zona mandibular izquierda a nivel de premolares inferiores.

## CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 59 años de edad que asiste referida al Postgrado de Cirugía Bucal de la Universidad Central de Venezuela, para valoración, diagnóstico y tratamiento de

hallazgo radiográfico en zona mandibular izquierda. Como inicio de enfermedad actual se obtiene hallazgo radiográfico durante evaluación de radiografía panorámica dental sinusal en diciembre de 2022, paciente asiste asintomática, refiere pulpectomía en 3.5-3.6 en facultativo de tipo odontólogo privado.

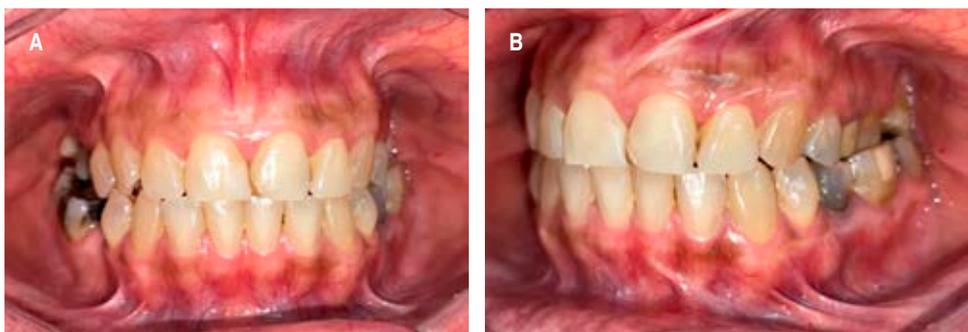
Al examen físico extrabucal se observan tercios faciales aparentemente simétricos, al examen intrabucal se evidencian múltiples restauraciones defectuosas, ausencia de órganos dentarios 1.8, 2.8, 3.8, 4.5 y 4.8. A nivel de 3.5 y 3.6 se observa restauración de tipo provisional. Se observa un aumento de volumen de 7.5 mm de altura × 3.5 mm de ancho, en zona mandibular premolar (entre 3.4 y 3.5) (*Figura 1*), normocrómico, normotérmico, firme a la palpación, se realizaron pruebas de sensibilidad dentaria en órganos dentarios 3.4-3.5-3.6, obteniendo resultados negativos para todas las pruebas realizadas (frío, calor, percusión vertical, percusión horizontal).

Al examen imagenológico se evaluó una radiografía panorámica dental sinusal, donde se observa una imagen radiolúcida de bordes definidos ubicado entre órganos dentarios 3.4 y 3.5, que abarca de la porción ósea crestral a tercio medio inferior radicular, sugerente a pérdida de estructura ósea. De igual forma se evaluó una tomografía de haz cónico mandibular, donde se observó imagen hipodensa en contraste con densidad de estructura ósea, de 8.08 mm de altura por 2.48 mm de ancho en su porción más cefálica y 4.03 mm de ancho en su zona más caudal × 6.43 mm de profundidad, se observa solución de continuidad de cortical vestibular, se observó cortical lingual sin alteraciones (*Figura 2*).

Se realizó biopsia escisional bajo anestesia local con lidocaína a 2%, punción de la zona, donde se obtiene un líquido de coloración ámbar con perlas de las mismas características crómicas, abordaje con incisión crevicular, levantamiento de colgajo mucoperióstico, exposición de la lesión, enucleación, curetaje, osteotomía periférica con márgenes de seguridad de 0.5 mm, abundante lavado con solución salina 0.9% y síntesis de tejidos. Se envió la muestra a patólogo bucal y maxilofacial para su estudio (*Figura 3*).

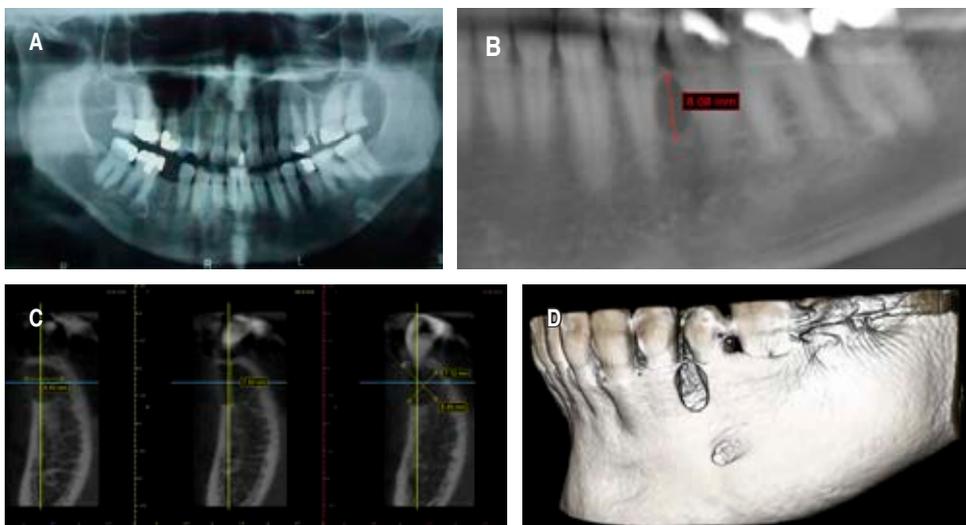
Al microscopio se observa quiste odontogénico delineado por epitelio plano estratificado paraqueratinizado. La superficie epitelial se observa corrugada y la basal se observa en empalizada. Pared de tejido conectivo fibroso. Focos discretos de inflamación crónica y áreas extensas de hemorragia reciente. Presencia de trabéculas óseas maduras de aspecto normal. No hay evidencia de malignidad en el tejido estudiado. Se obtuvo como diagnóstico histopatológico queratoquiste odontogénico (*Figura 4*).

Se hicieron evaluaciones postoperatorias a los siete días y tres meses, se indicó radiografía panorámica para evaluación y control postoperatorio, así como una radiografía periapical a los cuatro meses, donde se observa una imagen radiopaca compatible con formación de estructura ósea con características de normalidad (*Figura 5*).



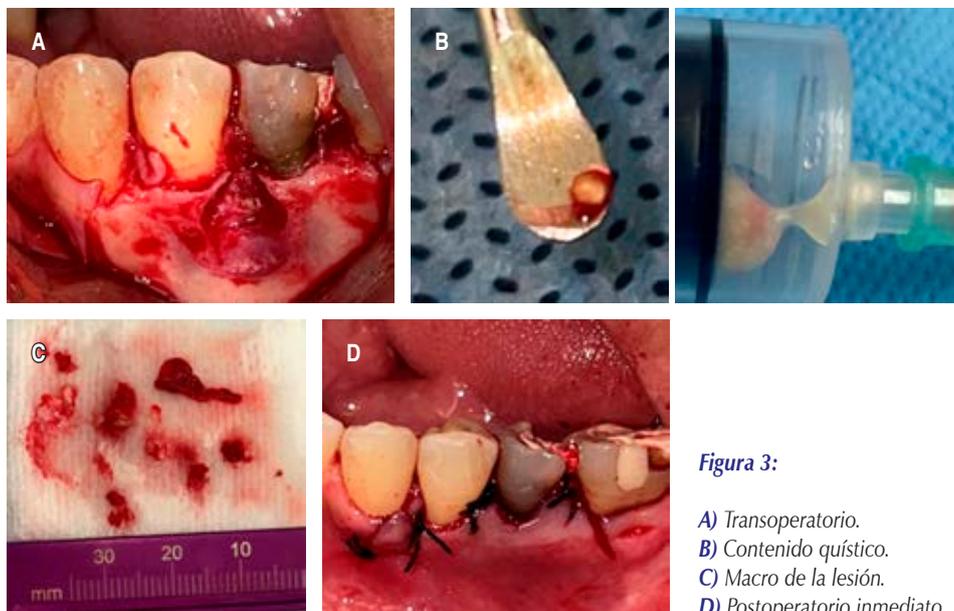
**Figura 1:**

Fotografías clínicas intrabucales.  
A) Frontal. B) Lateral.



**Figura 2:**

A) Radiografía panorámica.  
B) Tomografía de haz cónico corte panorámico. C) Tomografía de haz cónico corte axial.  
D) Reconstrucción 3D.



**Figura 3:**

A) Transoperatorio.  
B) Contenido quístico.  
C) Macro de la lesión.  
D) Postoperatorio inmediato.

## DISCUSIÓN

El queratoquiste odontogénico es una lesión intraósea, que generalmente se presenta en la región posterior de la mandíbula, con ligera predilección por hombres jóvenes.<sup>12</sup> En este caso se presentó en una mujer de 59 años de edad, lo cual difiere con algunas investigaciones en relación con la edad y el género.<sup>13-15</sup>

Clínicamente pueden presentarse con aumento de volumen, dolor, parestesia o cursar completamente asintomáticas, siendo detectado como un hallazgo radiográfico casual.<sup>3</sup> En el caso presentado no se evidencia sintomatología asociada, cursando como un hallazgo radiográfico.

Radiográficamente se presenta como una lesión radiolúcida unilocular o multilocular, a veces expansiva con márgenes bien delimitados y solitarias. Una variedad de lesiones presenta características radiológicas compatibles con las del querato-

quiste odontogénico como son los quistes periodontales laterales, quistes traumáticos, quistes odontogénicos calcificados, ameloblastomas, granuloma de células gigantes, entre otros. Por lo que el estudio histopatológico es mandatorio para llegar a un diagnóstico adecuado.<sup>9,16</sup>

Las características imagenológicas y clínicas no son patognomónicas de esta lesión, por lo que puede generar diagnósticos erróneos en ausencia del estudio histopatológico,<sup>3</sup> sobre todo cuando se presenta en ubicaciones y características inusuales.

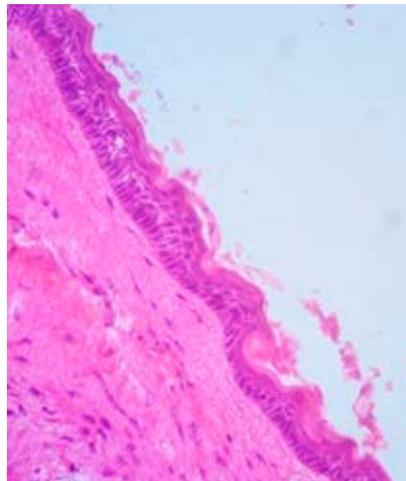
Una vez obtenido el diagnóstico definitivo se planifica el tratamiento, esto es un tema controversial ya que la literatura reporta múltiples opciones tanto conservadoras como radicales y terapias adyuvantes.<sup>2,4,6,15</sup> Están ampliamente reportadas opciones conservadoras como descompresión y marsupialización, así como enucleación, enucleación y curetaje, enucleación y descompresión, con terapias adyuvantes con solución de Carnoy, crioterapia con nitrógeno líquido, entre otras.<sup>6,16</sup>

Otros autores reportan tratamientos más radicales como enucleación con osteotomía periférica, osteotomías segmentarias, resección parcial, resección total, lo que trae consigo altos índices de morbilidad y de secuelas postoperatorias, pero disminuye altamente la tasa de recidiva de la lesión.<sup>6</sup>

El queratoquiste odontogénico puede presentar una alta tasa de recurrencia de 20, 30 a 60%,<sup>2,4</sup> por lo que en el presente caso se decidió realizar una terapia combinada de enucleación, curetaje y osteotomía periférica, siendo éste un tratamiento invasivo pero conservador, disminuyendo la morbilidad del caso.

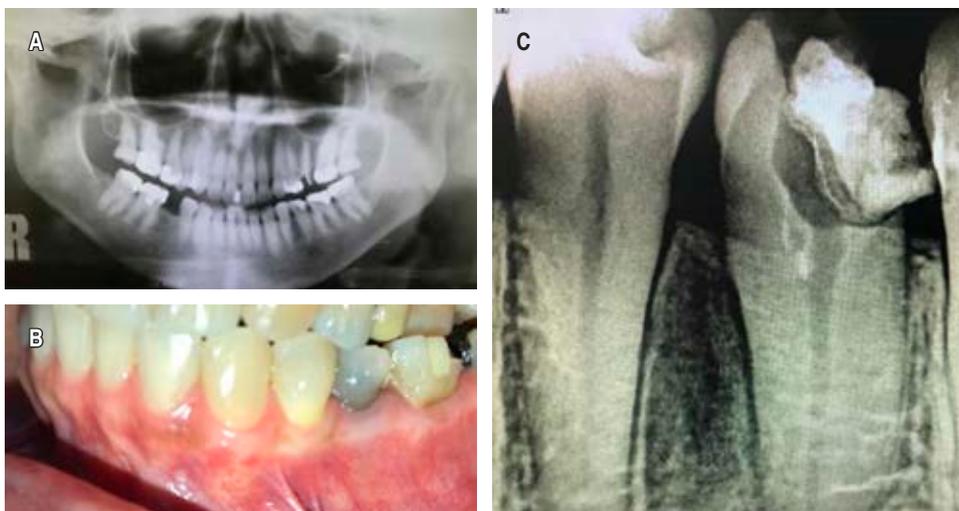
## CONCLUSIÓN

Para obtener un diagnóstico de cualquier patología bucal y maxilofacial es imprescindible una adecuada anamnesis e his-



**Figura 4:**

Se observa quiste odontogénico delineado por epitelio plano estratificado paraqueratinizado y pared de tejido conectivo fibroso. H&E 4x.



**Figura 5:**

- A) Radiografía panorámica.
- B) Fotografía clínica intrabucal.
- C) Radiografía periapical.

toria clínica detallada, así como una evaluación física exhaustiva que nos permita obtener toda la información necesaria para orientarnos en el diagnóstico, acompañado de las evaluaciones imagenológicas, tanto fotografías clínicas, radiografías simples e imagenología 3D como tomografías helicoidales o de haz cónico, según amerite cada caso, así como el estudio histopatológico que nos aporta el diagnóstico definitivo.

Cada uno de estos aspectos por sí solo no son suficientes para llegar a un diagnóstico adecuado y certero, es por esto que es de vital importancia no subestimar los hallazgos imagenológicos y su correlación con la histopatología, permitiendo así un diagnóstico temprano de lesiones con alto potencial de agresividad, reduciendo así la morbilidad de las mismas.

Tal como se observó en el presente caso, al examen imagenológico se obtuvo como diagnóstico presuntivo quiste periodontal lateral, al examen físico intrabucal las características clínicas no se correlacionan con el diagnóstico definitivo obtenido del estudio histopatológico queratoquiste odontogénico.

## REFERENCIAS

1. El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg PJ. World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours. 4th ed. Lyon: IARC; 2017. pp. 204-260.
2. Vega Llauradó A, Ayuso Montero R, Teixidor Olmo I, Salas Enric J, Marí Roig A, López López J. Opciones terapéuticas en quistes odontogénicos. Revisión. Av Odontoestomatol. 2013; 29 (2): 81-93.
3. Hasanoglu Erbasar GN, Peker E, Baris E. Keratocystic odontogenic tumor simulating lateral periodontal cyst and nasopalatine duct cyst: Report of cases and literature review. Int J Clin Exp Med. 2016; 9 (9): 18583-18592.
4. Velazque Rojas L, Alonso Claudio C, Valenzuela Huamán CJ, Velazque Rojas G. Diagnóstico y tratamiento conservador del queratoquiste odontogénico. Odontoestomatología. 2022; 24 (39): e407.
5. Westra WH, Lewis JS Jr. Update from the 4th edition of the World Health Organization Classification of head and neck tumours: oropharynx. Head Neck Pathol. 2017; 11 (1): 41-47.
6. Menon S. Keratocystic odontogenic tumours: etiology, pathogenesis and treatment revisited. J Maxillofac Oral Surg [Internet]. 2015; 14 (3): 541-547. Available in: <http://dx.doi.org/10.1007/s12663-014-0734-5>
7. Figueroa CL, López NF, Carvajal GM, Mordoh CS, Núñez MF. Manejo quirúrgico del queratoquiste odontogénico con invasión al seno maxilar: reporte de serie casos y revisión de la literatura. Int J Odontostomat. 2021; 15 (4): 953-959.
8. Jung HD, Lim JH, Kim HJ, Nam W, Cha IH. Appropriate follow-up period for odontogenic keratocyst: a retrospective study. Maxillofac Plast Reconstr Surg. 2021; 43 (1): 16.
9. Min JH, Huh KH, Heo MS, Choi SC, Yi WJ, Lee SS, et al. The relationship between radiological features and clinical manifestation and dental expenses of keratocystic odontogenic tumor. Imaging Sci Dent. 2013; 43 (2): 91-98.
10. de Carvalho LF, Lima CF, Cabral LA, Brandao AA, Almeida JD. Lateral periodontal cyst: a case report and literature review. J Oral Maxillofac Res. 2011; 1 (4): e5.
11. Villalobos-Medina MC, Jiménez-Matute JM. Quiste periodontal lateral, reporte de un caso. Rev Nac Odontol. 2019;15(28):1-10.
12. Silva Servato JP, Cardoso SV, Parreira da Silva MC, Cordeiro MS, Rogério de Faria P, et al. Orthokeratinized odontogenic cysts presenting as a periapical lesion: report of a case and literature review. J Endod. 2014; 40 (3): 455-458.
13. Cakur B, Miloglu O, Yolcu U, Goregen M, Gürsan N. Keratocystic odontogenic tumor invading the right maxillary sinus: a case report. J Oral Sci. 2008; 50 (3): 345-349.
14. Kahraman D, Gunhan O, Celasun B. A series of 240 odontogenic keratocysts: Should we continue to use the terminology of 'keratocystic odontogenic tumour' for the solid variant of odontogenic keratocyst? J Craniomaxillofac Surg. 2018; 46 (6): 942-946. doi: 10.1016/j.jcms.2018.04.007.
15. Robles P, Roa I. Keratocystic odontogenic tumor: clinicopathological aspects and treatment. J Oral Res. 2014; 3 (4): 249-256.
16. Arenas FG, Navarro CC, Ochandiano CS, López LA, Kulyapina A, García SA, et al. Manejo terapéutico del queratoquiste: Revisión y presentación de un caso clínico. Rev Mex Cir Bucal Maxilofac. 2014; 10 (3): 101-107.

### Correspondencia:

**Od. Freddy T. J. Rodríguez R.**

**E-mail:** [freddyrodriguez.odont@gmail.com](mailto:freddyrodriguez.odont@gmail.com)



# Normas de la Revista Latin American Journal of Oral and Maxillofacial Surgery (LAJOMS)

**GESTIÓN 2020-2021**  
**COMITÉ DE REVISTA**  
**PROYECTO DE REVISTA LAJOMS**

**LAJOMS**  
**(LATIN AMERICAN JOURNAL OF ORAL**  
**AND MAXILLOFACIAL SURGERY - LAJOMS)**

**REGLAS Y REGULACIONES PARA LOS AUTORES**

**(Basado en estándares de Vancouver -  
documento de 1997)**

A continuación, se presentan instrucciones para los autores sobre cómo preparar sus manuscritos, evitando que sean devueltos para que se puedan realizar cambios de estilo. Sin embargo, en el proceso editorial de nuestra revista, pueden modificarse los manuscritos aceptados para adaptarlos a su estilo de publicación. Los autores también seguirán estas instrucciones sobre qué temas son relevantes y qué tipo de elementos son compatibles, así como otros requisitos de publicación específicos.

**ANTES DE ENVIAR UN ORIGINAL**

## **Publicación redundante o duplicada**

La publicación redundante o duplicada consiste en la publicación de un artículo que coincide sustancialmente con otro ya publicado. Los lectores de LAJOMS deben tener la seguridad de que lo que están leyendo es original, a menos que se informe inequívocamente que el artículo tenga los debidos permisos para republicar en otra revistas, esto presentando el permiso de la editorial donde fue publicado dicho artículo y sumado a lo decidido por el autor o director de la revista.

Las decisiones sobre artículos duplicados o redundantes se tomarán de acuerdo con las leyes internacionales de derechos de autor, la conducta ética y el uso eficiente de los recursos. LAJOMS no desea recibir artículos ya publicados sobre un trabajo o que se encuentren propuestos o aceptados para su publicación en otros medios, impresos o electrónicos. LAJOMS acepta para análisis un original rechazado por otras revistas o un trabajo completo después de la publicación de un estudio preliminar en el formulario resumen o póster presentado a un congreso.

LAJOMS acepta para publicación un artículo que haya sido presentado a un congreso científico, siempre que no haya sido publicado en su totalidad, o que en ese momento esté considerando su publicación en acta u otro formato similar.

Cuando se envía un original, el autor debe informar al editor de la revista sobre cualquier presentación del documento a otras revistas o cualquier trabajo anterior que pueda considerarse una publicación previa o duplicada de un trabajo idéntico o muy similar. El autor también debe notificar al director si el trabajo incluye temas tratados en trabajos ya publicados. En estos trabajos deberán citarse el ítem anterior en el nuevo original y se incluirán copias, que junto con el manuscrito, serán enviadas al director para ayudarlo a abordar el tema.

Deberá proporcionar el texto original para ver más información sobre la traducción. Si tiene la intención de publicar un trabajo duplicado o redundante, sin notificación previa, el recibo original será rechazado inmediatamente. Si el director no tiene conocimiento de este detalle y el original ha sido publicado, se mostrará una nota de informe de publicación redundante sin explicación dada por el permiso del autor.

La divulgación preliminar, generalmente a través de los medios de comunicación, agencias gubernamentales o fabricantes de la información científica contenida en un artículo aceptado, pero aún no publicado, puede representar una violación de la política editorial si la misma no es justificada e informada con anterioridad al Comité Editor de esta revista.

Esta divulgación puede estar justificada cuando el artículo describe los progresos o riesgos terapéuticos o de salud pública importante, como efectos adversos de medicamentos, vacuna, otros productos biológicos instrumentos médicos o enfermedades de notificación obligatoria.

Esta divulgación no debe comprometer la publicación, aunque este aspecto debe ser discutido y acordado previamente con el Comité Editor.

### Publicación secundaria aceptable

Publicación secundaria en el mismo u otro idioma, especialmente en otros justificados y puede ser beneficiosa si concurren las siguientes condiciones:

1. Que se cuente con la autorización de los directores de ambas revistas; el director de la revista que realizará la publicación secundaria dispondrá de fotocopia, reimpresión u original de la versión original.
2. Se respetará la prioridad de la publicación original, dejando un intervalo de, al menos, una semana antes de la publicación de la segunda versión (salvo que **ambos directores decidan lo contrario**).
3. Que el artículo de la publicación secundaria esté dirigido a un grupo diferente de lectores, suele ser suficiente una versión corta.
4. La versión secundaria debe reflejar con precisión los datos y las interpretaciones de los originales.
5. En nota al pie en la primera página de la versión menor, se debe informar a los lectores, revisores y centros de documentación que el artículo ya ha sido publicado total o parcialmente, y que se debe registrar la referencia original. Un texto apropiado para esta nota puede ser el siguiente: «Este artículo se basa en un estudio publicado originalmente en (título de la revista y referencia completa)».
6. El permiso o autorización para la publicación secundaria debe ser gratuito.

### Protección del derecho a la privacidad de los pacientes

El derecho a la privacidad de los pacientes no debe violarse, sino que debe contarse con su consentimiento informado. Por lo tanto, no se publicará información de identificación en textos, fotografías y registros médicos, a menos que dicha información sea científicamente esencial y el paciente (familia o tutor) haya dado su consentimiento por escrito para su publicación. Además, el consentimiento al que nos referimos requiere que el paciente tenga acceso al documento original que se pretende publicar antes de la publicación.

Los datos de identificación se omitirán si no son imprescindibles, pero no deben ser alterados ni falsificados para obtener el anonimato. El anonimato total es difícil de lograr y, en caso de duda, se obtendrá el consentimiento informado. Por

ejemplo, ocultar el área de los ojos en fotografías de pacientes no garantiza una protección adecuada contra el anonimato.

La obtención del consentimiento informado debe estar incluida como requisito previo para la admisión de artículos en las normas de los autores de la revista y su obtención debe ser mencionada en el texto del artículo.

## REQUISITOS PARA EL ENVÍO DE MANUSCRITOS

### Resumen de requisitos técnicos

1. La presentación debe realizarse en un archivo de Microsoft Word, en hoja A4 (210 × 297 mm = 21 × 29.7 cm), Times New Roman, cuerpo 12 y el trabajo debe tener una extensión que no exceda las seis páginas.
2. Doble espacio en todo el artículo.
3. Tipografía negra, sin sangría para una columna.
4. Empiece cada sección o componente del artículo en una página.
5. Revisar la presentación: portada, resumen y palabras clave, texto, agradecimientos, referencias bibliográficas, tablas (en páginas separadas) y sus leyendas correspondientes.
6. Las ilustraciones, imágenes, fotografías no deben insertarse en el documento Word, deben presentarse por separado, en archivos JPG o TIFF con una resolución de 300 dpi.
7. Incluir autorizaciones para reproducir el material publicado anteriormente o para utilizar ilustraciones que puedan identificar a las personas.
8. Adjunte la transferencia de derechos de autor.
9. Envíe una copia del archivo de Microsoft Word y los archivos JPG o TIFF adjunto a **LAJOMS@gmail.com**, con copia a **drlobo@drlobo.com.br** insertando el SUBJECT: artículo para LAJOMS y luego su nombre (p. ej. artículo para LAJOMS: osteocondrosarcoma mandibular. Presentación de cinco casos y revisión de la literatura). Enviar correcciones a los mismos correos electrónicos.
10. Guarde una copia de todo el material enviado.
11. Los manuscritos deben prepararse siguiendo las recomendaciones del Comité de Directores de Revistas Médicas Internacionales, disponible en: <http://www.icmje.org>.

### Preparación o artículo original

Artículos originales y trabajos de investigación: el texto de los artículos del trabajo de investigación clínica, observacional, experimental o epidemiológica se deben estructurar (pero no necesariamente) en los siguientes apartados:

1. Título (en inglés, español o portugués, máximo 70 caracteres), autores (máximo seis).
2. Resumen (en inglés, español o portugués, idioma oficial del autor); con un máximo de 250 palabras.

3. Palabras clave (máximo 6; en inglés, español o portugués).
4. Introducción.
5. Objetivo.
6. Material y métodos.
7. Resultados.
8. Discusión.
9. Conclusiones (si los datos se consideran necesarios).
10. Bibliografía (se espera que el número de referencias bibliográficas no sea superior a 30, sin embargo, bajo las necesidades del artículo, podrán permitirse mayor cantidad).
11. En el caso de artículos grandes, es conveniente utilizar subsecciones en algunas secciones (especialmente en Resultados y Discusión) para mayor claridad al contenido.

La presentación debe realizarse en archivo Microsoft Word, en hoja A4 (210 × 297 mm = 21 × 29.7 cm), a doble espacio en el artículo, tipografía negra, sin identificación, y que no exceda las ocho páginas. El Cuerpo Editorial de la revista se reserva la posibilidad de permitir superar este número de páginas o pedir la disminución de las mismas en función de la calidad de la investigación y la capacidad de síntesis aplicable al contenido al momento de la revisión.

Para el desarrollo de ensayos clínicos controlados se debe seguir la normativa CONSORT (JAMA. 1996; 276: 637-9), disponible en: <http://www.consortstatement.org/> En el caso de estudios observacionales se deben seguir los puntos recopilados en la «Lista de verificación» disponible en: <http://www.strobe-statement.org/>; para revisiones sistemáticas y metaanálisis, los incluidos en las regulaciones PRISMA disponibles en: <http://www.prisma-statement.org/statement.htm>. En los estudios sobre la validez de las pruebas diagnósticas deben seguirse las regulaciones STARD, disponibles en: <http://www.stard-statement.org/>

### Casos clínicos

Pueden consistir en la descripción de uno o más casos clínicos de especial interés, así como nuevas técnicas quirúrgicas o sus variantes, análisis de los resultados obtenidos con una determinada técnica o en el tratamiento de una determinada patología.

Deben presentarse de forma sucinta y completa, con título (en inglés, español o portugués, máximo 70 caracteres), autores (máximo seis autores), resumen (en inglés y español o portugués; con un máximo de 250 palabras), palabras clave (en inglés y español o portugués), introducción, caso clínico o caso y discusión. Ilustraciones (máximo 10 figuras y cinco tablas). El número de referencias bibliográficas se espera que no exceda de 15, sin embargo, pueden recibirse hasta 25 en caso de justificar el entendimiento del caso.

La presentación debe realizarse en un archivo de Microsoft Word, proyectado en hoja A4 (210 × 297 mm = 21 × 29.7 cm), a doble espacio en el artículo, tipografía negra, sin sangría

en una columna, fuente utilizada Times New Roman, cuerpo 12, se sugiere que sea lo más resumido posible y no exceda, si es posible, ocho páginas. El Cuerpo Editor de la revista se reserva la posibilidad de permitir superar este número de páginas o pedir la disminución de las mismas en función de la calidad de la investigación y la capacidad de síntesis aplicable al contenido al momento de la revisión.

### Actualizaciones o revisiones

Se llevarán a cabo en el estado actual de conocimiento sobre un tema/argumento, a solicitud del Comité Editorial. Consistirá en una actualización sobre un tema de actualidad de la especialidad mediante la revisión de bibliografía reciente. Los posibles autores de la revisión deben ponerse en contacto con el Comité para sugerir temas y enfoques.

La presentación debe realizarse en un archivo de Microsoft Word, proyectado en hoja A4 (210 × 297 mm = 21 × 29.7 cm), a doble espacio en el artículo, tipografía negra, sin identificación en una columna, fuente utilizada Times New Roman, cuerpo 12 y la obra debe tener una extensión que no exceda las seis hojas. El Cuerpo Editor de la revista se reserva la posibilidad de permitir superar este número de páginas o pedir la disminución de las mismas en función de la calidad de la investigación y la capacidad de síntesis aplicable al contenido al momento de la revisión.

Constará de título (en inglés y español o portugués), autor, resumen (en inglés y español o portugués; con un máximo de 250 palabras), palabras clave (en inglés y español o portugués), introducción, discusión, conclusiones y bibliografía (el número de referencias bibliográficas no excederá de 50).

### Controversias

Los artículos serán propuestos por la dirección de la revista a dos profesionales, con conocimientos conocedores del tema tratado. Los propios autores presentarán diferentes puntos de vista en relación a una misma cuestión científica actual.

El texto tendrá las siguientes secciones: título (en inglés y español o portugués, máximo 70 caracteres), autores (máximo 6), resumen (en inglés y español o portugués; con un máximo de 250 palabras), palabras clave (en inglés y español o portugués), introducción, objetivos, material y métodos, resultados, discusión, conclusiones y bibliografía (el número de referencias bibliográficas no excederá de 30). La presentación debe realizarse en un archivo de Microsoft Word, proyectado en hoja A4 (210 × 297 mm = 21 × 29.7 cm), a doble espacio en el artículo, tipografía negra, sin identificación en una columna, fuente utilizada Times New Roman, cuerpo 12 y la obra debe tener una extensión que no exceda de 6 chapas. Admitirá hasta cinco tablas y 10 figuras). El Cuerpo Editor de la revista se reserva la posibilidad de permitir superar este número de páginas o pedir la disminución de las mismas en función de la calidad de la investigación y la capacidad de síntesis aplicable al contenido al momento de la revisión.

El foro de lectores contendrá cartas con comentarios, observaciones críticas o sugerencias, sobre artículos publicados o argumentos de interés común para los lectores, siendo recomendable aportar referencias y/o citas bibliográficas.

El texto del artículo se presentará en el archivo de Microsoft Word, en hoja A4 (210 × 297 mm = 21 × 29.7 cm), fuente negra, sin identificación para una columna, fuente utilizada Times New Roman, cuerpo 12.

Se debe utilizar doble espacio a lo largo del artículo, incluyendo las portadas, resumen, texto, agradecimientos, referencias bibliográficas, tablas y leyendas. Las páginas están numeradas consecutivamente, comenzando por el título. El número de página se ubicará en la esquina inferior derecha de cada página. Los autores deben consultar con los editores sobre los formatos permitidos y otros detalles técnicos.

El soporte digital se puede enviar por correo electrónico a **LAJOMSeditores@gmail.com** ubicación en el tema: Artículo para LAJOMS y luego el nombre del mismo (p. ej. artículo para LAJOMS: Osteocondrosarcoma mandibular. Presentación de cinco casos y revisión de la literatura).

### PÁGINA RESIDENTE

Estos artículos serán firmados por residentes de la especialidad. Consistirán en la presentación de un caso clínico de interés. En la primera hoja presentará el historial médico, examen, exámenes complementarios a sus resultados e histología con los hallazgos, si los hubiera. A partir de la segunda hoja, el diagnóstico definitivo y cómo se logró, con los posibles diagnósticos diferenciales y una breve discusión sobre el tema. La presentación debe realizarse en un archivo de Microsoft Word, proyectado en hoja A4 (210 × 297 mm = 21 × 29.7 cm), a doble espacio en el artículo, tipografía negra, sin identificación en una columna, fuente utilizada Times New Roman, cuerpo 12 y la obra debe tener una extensión que no exceda de cuatro hojas (se aceptarán hasta dos tablas y seis figuras). El Cuerpo Editor de la revista se reserva la posibilidad de permitir superar este número de páginas o pedir la disminución de las mismas en función de la calidad de la investigación y la capacidad de síntesis aplicable al contenido al momento de la revisión.

El texto tendrá las siguientes secciones: título (en inglés y español o portugués, máximo 70 caracteres), autores (máximo de cuatro autores), resumen (en inglés y español o portugués; con un máximo de 250 palabras), palabras clave (en inglés y español o portugués) y bibliografía (el número de referencias bibliográficas no excederá de 10).

### CARTA AL EDITOR

Los comentarios o comentarios relacionados con trabajos serán publicados. Experiencias previamente publicadas o escritas en breve. La presentación debe realizarse en un archivo de Microsoft Word, proyectado en hoja A4 (210 × 297 mm = 21

× 29.7 cm), a doble espacio en el artículo, tipografía negra, sin identificación en una columna, fuente utilizada Times New Roman, cuerpo 12 y la obra debe tener una extensión que no exceda de dos cuartillas, admitirá una tabla, dos figuras y 10 citas bibliográficas. Las cartas que traten de artículos publicados anteriormente en la revista tendrán derecho a respuesta por parte del autor, quien podrá responder por escrito en similar medida en el plazo de un mes. La relevancia de la publicación de *Replication* será evaluada por el Comité Editorial.

### OTRAS SECCIONES

La Revista LAJOMS incluye otras secciones, como la revisión editorial y bibliográfica, así como cursos y congresos de Sociedades Nacionales, CIALACIBU e IAOMS, y la sección de Premios y Becas.

### PÁGINA DEL TÍTULO

La portada contendrá:

1. El título del artículo, que debe ser conciso pero informativo (en inglés y portugués o español), máximo 70 caracteres.
2. El nombre de cada uno de los autores, acompañado de su más alto grado académico y afiliación institucional.
3. El nombre del departamento o departamentos e institución o instituciones a las que se debe asignar este trabajo.
4. Si corresponde, una exención de responsabilidad.
5. Nombre, dirección y correo electrónico del autor responsable de la correspondencia.
6. El nombre, la dirección y el correo electrónico del autor a quien se le puede solicitar que reimprimen o tenga en cuenta que los autores no los proporcionarán.
7. Origen de las ayudas recibidas en forma de subvenciones, equipos y medicamentos.
8. Título abreviado de un máximo de 40 caracteres (incluyendo letras y espacios) ubicado al pie de la primera página.

### DE LOS AUTORES

Todas las personas que figuran como autores deben cumplir con ciertos requisitos para recibir esta designación. Cada autor debe haber participado en un grado suficiente para asumir la responsabilidad pública por el contenido de la obra. Uno o más autores deben asumir la responsabilidad o hacerse cargo de todo el trabajo, desde el inicio del trabajo hasta la publicación del mismo.

Para otorgarle a alguien el crédito de autor, se debe confiar únicamente en su contribución esencial con respecto a: 1) la concepción y diseño del estudio o la recolección de datos o el análisis e interpretación del mismo; 2) la redacción del artículo o la revisión crítica de una parte sustancial de su contenido intelectual; y 3) la aprobación final de la versión a

publicar; estos requisitos deben cumplirse simultáneamente. La participación exclusivamente en la obtención de fondos, en la recogida de datos o en la supervisión general de grupos de investigación, no justifica la autoría.

El editor de la revista puede solicitar que los autores describan la participación de cada uno de ellos y esta información puede ser publicada. Otras personas que contribuyen al trabajo y que no son los autores deben mencionarse en la sección de agradecimiento.

Cada vez se realizan más ensayos multicéntricos que se atribuyen a un autor corporativo. En tales casos, todos los miembros del grupo que figuren como autores, deberán satisfacer plenamente los criterios de autoría antes mencionados. Los miembros del grupo que no cumplan con estos criterios deben ser mencionados, con su permiso, en la sección Agradecimientos o en el apéndice (ver agradecimiento).

El orden de los autores dependerá de la decisión tomada conjuntamente por los coautores, en todo caso, los autores deberán poder explicar el mismo.

## RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

La segunda página incluirá un resumen (que no exceda las 150 palabras en el caso de resúmenes no estructurados o 250 en el caso de resúmenes estructurados). Indica los objetivos del estudio, los procedimientos básicos (selección de sujetos de estudio o animales de laboratorio, métodos de observación y análisis), los resultados más destacados (presentando datos concretos y, si es posible, su significado estadístico) y las principales conclusiones. Se pondrá énfasis en estos aspectos del estudio o en observaciones nuevas o más importantes.

Después del resumen, los autores deben presentar e identificar de 3 a 10 palabras clave que faciliten el análisis del documento para los reporteros del artículo y que serán publicados junto con el resumen. Utilice los términos del tesoro\* *Medical Subject Headings* (MeSH) del *Index Medicus* para este propósito; en el caso de términos de aparición reciente que aún no están enumerados en MeSH, se pueden utilizar los nuevos términos.

\* Nota: puede consultar una edición en español de *Medical Subject Headings* (MeSH) elaborado por BIREME: *Health Sciences Descriptors*. El resumen y las palabras clave deben estar redactados en inglés (infalliblemente) y en un segundo idioma que pueda ser español o portugués.

## INTRODUCCIÓN

Se indicará la finalidad del artículo y se realizará un resumen justificativo del estudio. En este apartado del artículo, se recomienda usar un número de referencias adecuado y no excesivo, y omitir información de los resultados y la conclusión en la introducción.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Describa claramente la forma en que los sujetos sometidos a observación o participantes en los experimentos (pacientes o animales de laboratorio, también control). Indicar edad, sexo y otras características destacadas de las asignaturas. Al igual que en la investigación, la relevancia de los datos de empleo con la edad, el sexo o la raza puede ser ambigua, cuando se incluye. Un estudio debe justificar su uso. Indica claramente cómo y por qué se realizó el estudio de cierta manera. Por ejemplo, los artículos deben justificar por qué el artículo sólo incluye sujetos de determinadas edades o se excluyen mujeres. Se evitarán términos como «raza» que carecen de un significado biológico preciso y deben utilizar las expresiones alternativas «etnia» o «grupo étnico» en su lugar. En la sección de métodos debe especificar cuidadosamente el significado de los términos utilizados y detallar exactamente cómo se recopilaron los datos (por ejemplo, qué expresiones se incluyen en la encuesta, si es un cuestionario autoadministrado o si la recopilación de datos fue realizada por otras personas, etcétera).

Describa los métodos, dispositivos (proporcione el nombre y la dirección del fabricante entre paréntesis) y los procedimientos utilizados con suficiente detalle para que otros investigadores puedan reproducir los resultados. Se ofrecerán referencias a métodos acreditados, incluidas estadísticas (ver más abajo); referencias y breves descripciones de métodos que, aunque publicados, no son ampliamente conocidos; los métodos se describirán nuevos o sujetos a modificaciones sustanciales, justificando su uso y valorando sus limitaciones. Identificar con precisión todos los medicamentos y productos químicos utilizados, incluidos nombres genéricos, dosis y vías de administración.

Los ensayos clínicos aleatorizados deben proporcionar información sobre los elementos principales del estudio, incluido el protocolo (población estudiada, intervenciones, exposiciones, resultados y razonamiento del análisis estadístico), la asignación de intervenciones (métodos de distribución aleatorizados, ocultación en la asignación a grupos de tratamiento) y el método de enmascaramiento.

En el caso de artículos de revisión, debe incluirse una sección en la que se describan los métodos utilizados para localizar, seleccionar, recopilar y sintetizar los datos. Estos métodos también se describirán en el resumen del artículo principio moral.

En el caso de estudios experimentales en humanos, indique si siguió las normas éticas del comité (institucional o regional) responsable del seguimiento de los ensayos en humanos y la declaración de Helsinki modificada de 1975 en 1983. No utilice, especialmente en las ilustraciones, el nombre ni el número de historial del paciente. Al realizar experimentos con animales, se indicará si se han tenido en cuenta las directrices de la institución o de un consejo nacional de investigación o alguna ley nacional sobre el cuidado y usos de los animales de laboratorio.

## ESTADÍSTICA

Describe los métodos estadísticos con suficiente detalle para que un lector versado en el tema, con acceso a los datos originales, pueda consultar los resultados publicados. En la medida de lo posible, cuantifique los hallazgos y preséntelos con los indicadores apropiados de error o incertidumbre para medir (como intervalos de confianza). Debe evitarse la dependencia de pruebas de hipótesis estadísticas, como el uso de valores  $p$ , que no proporcionan ninguna información cuantitativa importante, analizar los criterios de inclusión de los sujetos experimentales y proporcionar detalles sobre el proceso que se siguió en la distribución aleatoria. Describa los métodos de enmascaramiento utilizados. Registre las complicaciones del tratamiento. Especifique el número de observaciones realizadas. Indique pérdidas de observación del sujeto (como abandonos en un ensayo clínico). Siempre que sea posible, las referencias sobre el diseño del estudio y los métodos estadísticos serán trabajos actuales (indicando el número de páginas) en lugar de los artículos originales donde se describieron por primera vez. Especifique los programas informáticos de uso común que se hayan utilizado. En la sección de métodos, incluya una descripción general de los métodos utilizados al resumir los datos en la sección de resultados, especifique los métodos estadísticos utilizados para analizarlos. El número estará restringido a tablas y figuras al mínimo necesario para explicar el tema del trabajo y evaluar los datos en los que se basa. Utilice gráficos como alternativa a las tablas grandes. Evitar usos no técnicos y, por tanto, errores técnicos en términos estadísticos, como «azar» (se refiere al uso de un método de distribución aleatorio), «normal», «significativo», «correlaciones» y «muestra». Defina términos, abreviaturas y la mayoría de los símbolos estadísticos.

## RESULTADOS

Presentar los resultados en texto, tablas y gráficos, siguiendo una secuencia lógica. No repita los datos de las tablas o ilustraciones del texto; destaque o resuma sólo las observaciones más importantes.

## DISCUSIÓN

Enfatice estos aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones que se derivan de ellos. No debe repetir, en detalle, los datos u otra información ya incluida en las secciones Introducción y Resultados. Explique en la sección Discusión el significado de los resultados, las limitaciones del estudio, así como sus implicaciones para futuras investigaciones. Se compararán las observaciones hechas con las de otros estudios relevantes. Relacionar las conclusiones con los objetivos del estudio, evitar afirmaciones sin fundamento y conclusiones insuficientemente respaldadas por los datos.

En particular, los autores deben abstenerse de hacer afirmaciones sobre costos o beneficios económicos, a menos que su artículo incluya datos y análisis económicos. No se citarán los trabajos que no estén terminados. Proponer una nueva hipótesis cuando se justifique, pero identificándola claramente. Se pueden incluir recomendaciones cuando sea apropiado.

## AGRADECIMIENTOS

Incluir una lista de todos aquellos que colaboraron pero no para cumplir con los criterios de autoría, como la asistencia técnica recibida, la asistencia en la redacción del manuscrito o el apoyo general brindado por el jefe del departamento. También se incluirán apoyos económicos y medios de comunicación en los reconocimientos materiales recibidos. Las personas que contribuyeron a la elaboración del original, pero cuyas aportaciones no justifican su acreditación como autores podrán citarse a nombre de «investigadores clínicos» o «investigadores participantes» y su función o tipo de contribución debe especificarse, por ejemplo, «consultor de revisión científica», «revisión de propuesta de estudio», «recopilación de datos» o «participación en el ensayo clínico».

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Numere las referencias consecutivamente según el orden en que se mencionan. Primera vez en el texto. En éste, en las tablas y leyendas, las referencias se identificarán mediante números arábigos, en superíndice. Las referencias citadas únicamente en tablas o ilustraciones se numerarán siguiendo el orden establecido por la primera mención que se haga en el texto de la tabla o figura específica.

En los casos en que la cita se coloque junto a un signo de puntuación, la cita estará después del signo (ejemplo: «... a diferencia del trabajo anterior,<sup>13</sup> los resultados muestran ...»). La indicación de las páginas inicial y final de un documento debe estar completa (ejemplos: 34-39; 136-141).

El estilo de los ejemplos proporcionados a continuación está basado en el estilo utilizado por la NLM (Biblioteca Nacional de Medicina) en *Index Medicus*. Evite citar resúmenes. Las referencias hechas a partir de originales aceptados, pero aún no publicados, se indicarán con expresiones como «en prensa» o «próxima publicación»; los autores deben obtener autorización por escrito y acreditar la aceptación de su publicación. Información sobre manuscritos enviados a una revista pero no acepta citarlos en el texto como «observaciones inéditas», previa autorización escrita de la fuente.

Además, no cite una «comunicación personal», excepto cuando se indique en ella, información esencial que no está disponible en fuentes de acceso público, en tales casos, el nombre de la persona y entre paréntesis se incluirá en el

texto la fecha de la comunicación. En artículos científicos, los autores citan uno. La comunicación personal debe obtener autorización por escrito.

Los autores comprobarán las referencias verificándolas con los documentos originales.

El estilo de Vancouver se basa en gran medida en el estilo ANSI estandarizado adoptado por NLM para sus bases de datos. Se han añadido algunas notas en estos casos en los que el estilo Vancouver difiere del estilo utilizado por NLM.

Sólo las consultas consideradas importantes e incluidas, leídas por los autores y en un número que no supere el máximo correspondiente a cada apartado.

Los ejemplos de citas bibliográficas que se detallan a continuación se basan en la quinta edición de «Requisitos uniformes para los manuscritos mencionados en revistas biomédicas» (N Engl J Med 1997; 336: 309-315), también disponible en <http://www.icmje.org> Las abreviaturas de los títulos de las revistas se obtendrán en los formatos utilizados por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica, en el *Index Medicus*. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/jrbrowser.cgi> A continuación se muestran algunos ejemplos de citas correctas para diferentes tipos de documentos. Puede consultar ejemplos de formatos no incluidos en esta relación en:

[http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

### Ejemplos:

#### Artículos de revistas

##### 1) Artículo estándar

Autor (es). Título del artículo. Abreviatura internacional \* de la revista del año; volumen (número) \*\*: página de inicio final del artículo.

Díez Jarilla JL, Cienfuegos Vázquez M, Suárez Salvador E. Sonidos respiratorios adventicios: factores de confusión. *Med Clin (Barc)*. 1997; 109 (16): 632-634.

\* Las abreviaturas internacionales se pueden encontrar en «Lista de revistas indexadas en el *Index Medicus*», el español en el catálogo de revistas del Instituto Carlos III. \*\* El número es opcional si la revista tiene un número de volumen.

Se mencionan los primeros seis autores, seguidos de la abreviatura et al. (Nota: Biblioteca Nacional de Medicina (NLM), incluye hasta 25 autores; cuando su número es la nominación principal, los primeros 24, luego el último autor y luego et al).

##### 2) Más de seis autores

Martín Cantera C, Córdoba García R, Jane Julio C, Nebot Adell M, Galán Herrera S, Aliaga M et al. *Alabama. Med Clin (Barc)*. 1997; 109 (19): 744-748.

##### 3) Autor corporativo

Grupo de Trabajo SEPAR. Normativa sobre el manejo de la hemoptisis amenazante. *Arch Bronconeumol*. 1997; 33: 31-40.

##### 4) No se indica el nombre del autor

Cáncer en Sudáfrica [editorial]. *S Afr Med J*. 1994; 84: 15

##### 5) Artículo en un idioma distinto al inglés \*

Collin JF, Lanwens F. La vena carótida externa. *Rappel historique des travaux de Paul Launay. Ann Chir Esthet*. 1997; 42: 291-295.

\* Los artículos deben estar escritos en el idioma original, si la ortografía es latina.

##### 6) Suplemento de volumen

Bonfill X. Medicina basada en evidencias. La colaboración del Arco. *Cochrane Bronconeumol*. 1997; 33 Supl. 1: 117.

##### 7) Suplemento a un número

Leyha SS. El papel del interferón alfa en el tratamiento del melanoma metastásico. *Semin Oncol*. 1997; 24 (1 suplemento 4): 524-531.

##### 8) Parte de un volumen

Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma y ácido siálico en orina sin insulina diabetes mellitus dependiente. *Ann Clin Biochem*. 1995; 32 (Pt3): 303-306.

##### 9) Parte de un número

Peter JB, Greening AP, Crompton GK. Resistencia a los glucocorticoides en el asma. *Soy J Respir Crit Care Med*. 1995; 152 (6 punto 2): S12-S142.

##### 10) Número sin volumen

Pastor Durán. X. La informática médica y su implementación hospitalaria. *Todo Hosp*. 1997; (131): 7-14.

- 11) Sin número ni volumen  
 Browell DA, Lennard TW. Estado inmunológico de los pacientes con cáncer y sus efectos de transfusión de sangre sobre las respuestas antitumorales. *Curr Opin Gen Surg*. 1993; 325-333.
- 12) Página de números romanos  
 Fisher GA, Sikic BL. Resistencia a fármacos en oncología clínica y hematología. 1. Introducción *Hematol Oncol Clin North Am*. 1995 abr; 9 (2): XI-XII.
- 13) Indicación del tipo de artículo, según corresponda  
 Enzensberger W, Fischer PA. Metrónimo en la enfermedad de Parkinson [gráfico]. *Lanceta*. 1996; 347: 1337.  
 Clement J, De Bock R. Complicaciones hematológicas de la nefropatía por hantavirus (HVN) [resumen]. *Kidney Int*. 1992; 42: 1285
- 14) Artículo que contiene una retractación  
 Garey Ce, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. Defecto en el gen de la ceruloplasmina asociado con la epilepsia en ratones [retractación de Garey CE, Schwarzman AL, Ascensión ML, Seyfried TN. En: *Nat Genet*. 1994: 6: 426-31]. *Nat Genet*. 1995; 11: 104.
- 15) Artículo retirado por retractación  
 Liou GI, Wang M, expresión del gen IRBP de Matragoon S. Precocius durante el desarrollo del ratón [retractado en *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 1994; 35: 3127]. *Invertir Ophthalmol Vis Sci*. 1994; 35: 1083-1088.
- 16) Artículo sobre el que se publicó una errata  
 Hamlin JA, Kahn AM. Herniografía en pacientes sintomáticos después de la reparación de una hernia inguinal [erratas en *West J Med*. 1995; 162: 278]. *West J Med*. 1995; 162: 28-31.
- un volumen, debemos citarla después del título del libro Vol. 3  
 Jiménez C, Riaño D, Moreno E, Jabbour N. Avances en el trasplante de órganos abdominales Madrid: Cuadecon; 1997.
- 2) Editor (es) Compilador (es)  
 Gallo Vallejo FJ, Leon López FJ, Martínez-Cañavate López-Montes J, Tonío Duñantez J. Editores. *Manual Residente de Medicina Familiar y Comunitaria*. 2ª ed. Madrid: SEMFYC; 1997.
- 3) Organización como autor y editor  
 Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Salud 1995. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1995.
- 4) Capítulo del libro  
 Autor (es) del capítulo. Título del capítulo En: Director / Coleccionista del libro. Libro de título. Edición Lugar de publicación: Editorial; año. por. página de capítulo de inicio-fin.  
**Nota:** el estilo Vancouver anterior tenía un punto y coma en lugar de una "p" para la paginación.  
 Buti Ferret M. Hepatitis viral aguda. En: Rodés Teixidor J, guardia Massó J dir. *Medicina Interna Barcelona*: Masson; 1997. p. 1520-1530.
- 5) Actas de conferencias  
 Kimura J, Shibasaki H, editores. Avances recientes en neurofisiología clínica. Actas del X Congreso Internacional de EMG y Clínica Neurofisiología; 15 al 19 de octubre de 1995; Kioto, Japón Amsterdam: Elsevier; 1996.
- 6) Artículo presentado en una conferencia  
 Autor (es) de la Comunicación / Presentación. Título de la comunicación / presentación. En: Título oficial del Congreso. Lugar de publicación: Editorial; año. página de inicio y fin de la comunicación / presentación.  
**Nota:** es común que la fecha y ciudad de celebración formen parte del título del Congreso. Esta misma estructura se aplica a congresos, simposios, reuniones científicas, etcétera.  
 Peiró S. Evaluación comparativa de la eficiencia sanitaria y la calidad hospitalaria a través de perfiles de práctica médica. En: Menen R, editores Ortun V. *Política y Gestión*

### Libros y otras monografías

#### 1) Autores individuales

Autor (es) Título del libro. Edición Lugar de publicación: Editorial; año.

**Nota:** no es necesario grabar la primera edición. La edición es siempre en números arábigos y abreviatura: 2ª ed ..- 2ª ed. Si la obra estuvo compuesta por más de

sanitaria: la agenda explícita. Elementos del seminario para una agenda en política y gestión de salud; Valencia, del 25 al 26 de abril de 1996. Barcelona: SG editores; 1996. p. 63-78

7) Informe científico o técnico

Autor (es). Título del informe. Lugar de publicación: órganos / agencia editorial; año. Informe número de identificación o serie.

Organización Mundial de la Salud Factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares: nuevas áreas de investigación. Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra: OMS; 1994. Serie de informes técnicos: 841.

8) Tesis doctoral

Título de la tesis del autor. Tesis de doctorado. Lugar de edición: Editorial; año. Muñiz García J. Estudio transversal de factores de riesgo cardiovascular en Población infantil en el medio rural gallego. [Tesis de doctorado]. Santiago: Servicio.

9) Publicación e Intercambio Científico, Universidad de Santiago; 1996 (24) Patente

Qlarsen CE, Trip R, Johnson CR, inventores; Novoste Corporation, cesión. Métodos para procedimientos relacionados con la electrofisiología del corazón. Patente de Estados Unidos 5.529.067. 1995 25 de junio. Otros trabajos publicados

10) Artículo de periódico

Autor del artículo \*. Título del artículo. Nombre del periódico \*\* año mes día; Sección \*\*\*: página (columna).

\* Autor del artículo (si aparece).

\*\* Los nombres de los periódicos no se proporcionan en forma abreviada.

\*\*\* Si se identifica.

11) Material audiovisual

Autor (es). Título del vídeo [video]. Lugar de edición: Editorial; año. Aplicable a todos los medios audiovisuales. Borrel F. La entrevista clínica. Escuche y pregunte. [video] Barcelona: Doyma; 1997.

12) Documentos legales

Leyes: Título de la ley. (Nombre del Boletín Oficial, fecha, año de publicación). Ley aprobada Ley 31/1995, de 8 de

noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. (Boletín de funcionarios estatales, número 269, 10-11-95).

13) Mapa

Nombre del mapa [tipo de mapa]. Lugar de publicación: Editorial; año. Salida 21-IV (1 a 8) [mapa topográfico]. Madrid: Ministerio de Fomento y Urbanismo, Dirección General del Instituto Geográfico Nacional; 1991.

14) Biblia

Título Versión Edición Lugar de publicación: Editorial; año. Libro: verso. Santa Biblia traducida de la Vulgata latina por José Miguel Petisco. 9ª ed. Madrid: Apostolado de la Prensa; 1964. Sabiduría 18: 5-25.

15) Diccionarios y obras de consulta

Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina de Dorland. 28a ed. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1997. Difteria; por. 537.

16) Escritos clásicos

Título de la obra: Acto, escena, párrafo. Título del libro Lugar de publicación: Editorial; año.

El comerciante de Venecia: acto 3, primera escena, párrafos 21-23. Obras completas de William Shakespeare. Madrid: Aguilar; 1981. Material inédito.

17) Próxima aparición

Leshner AI. Mecanismos moleculares de la dependencia de la cocaína. N Engl J Med. En prensa 1997.

18) Artículo de revista en formato electrónico

Autor, Título, Nombre corto de la revista [tipo de apoyo] año [fecha de acceso]; volumen (número): páginas o indicador de extensión. Disponible: Transmisión de la terapia de infusión asociada con la infección por el virus de la hepatitis C a la hemofilia MMWR [en línea] 4 de julio de 1997 [fecha de acceso 11 de enero de 2001]; 46 (26). URL disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00048303.htm>

19) Monografía en formato electrónico

Título [Tipo de apoyo]. Editores o productores. Edición Versión Lugar de Publicación: Editorial; año Oftalmología de Duane en el CD-ROM - Guía del usuario. [monografía

en CD-ROM]. Tasman W, editor de Jaeger E. versión 2.0. Hagenstown: Lippincott-Raven; 1997.

## 20) Archivo de computadora

Autor. Título. [Tipo de apoyo]. Versión local: Editorial; año.

Hemodinámica III: los altibajos de la hemodinámica [programa de computadora]

Versión 2.2 Orlando (FL): sistemas educativos computarizados; 1993

## TABLAS

Deben ser autoexplicativas. Débito suplementario y no duplique texto.

Imprima cada tabla en un espacio doble y en una página separada. En la actualidad las tablas en Formulario de foto.

Numere las tablas consecutivamente en el orden de su aparición.

Primero cite el texto y dé a cada uno de ellos un título breve. Aparecerá un título breve en cada columna. Las explicaciones precisas se colocarán en las notas a pie de página, no en el encabezado de la tabla. En estas notas, especifica las abreviaturas inusuales utilizadas en cada tabla. Como notas de pie de página, use los siguientes símbolos en la secuencia para lo siguiente se indica: \*, †, ‡, ¶, \*\*, ††, ‡‡, etc. Identificar medidas estadísticas de variación, como la desviación estándar, el error estándar de la media. No dibuje líneas horizontales o verticales dentro de las tablas. Asegúrese de que cada tabla esté citada en el texto. Si la tabla incluye datos, publicados o no, de otra fuente, debe tener la autorización necesaria para reproducirla y mencionarla.

La inclusión de un número excesivo de tablas en relación con la extensión del texto. Esto puede dificultar la composición de las páginas. Examine las ediciones anteriores de LAJOMS y calcule cuántas tablas se incluyen por cada mil palabras de texto.

Los autores proporcionan tablas complementarias que contienen datos de apoyo interesantes, pero que son extensas para su aplicación.

Quién pregunta. En este caso, se incluirá en el texto una nota informativa sobre el tema. Sin embargo, estas tablas se presentarán a la revista junto con el artículo.

## PARA EVALUAR SU ACEPTACIÓN

### Ilustraciones (Figuras)

Todos los gráficos, dibujos y fotografías se consideran figuras. No deben insertarse en el documento de Microsoft Word, deben enviarse por separado, en archivos JPG o TIFF con una resolución de 300 dpi.

Las figuras serán dibujadas y/o fotografiadas profesionalmente, en color; no se aceptarán cartas escritas a mano o mecanografiadas. Las letras, números y símbolos serán claros y uniformes en todas las ilustraciones; también serán lo suficientemente grandes para permanecer legibles después de la reducción requerida para la publicación. Los títulos y explicaciones detalladas se incluirán en las leyendas de las ilustraciones y no en las mismas ilustraciones.

Las leyendas y pies de las figuras deben contener información suficiente para poder interpretar los datos presentados sin recurrir al texto.

Cada archivo de cada figura será etiquetado (nombrado) indicando el número de figura (p ej: *Figura 1*, etc.). No escriba directamente sobre la figura.

Si se utilizan fotografías de personas, no deben ser identificables; de lo contrario, se debe adjuntar un permiso por escrito para poder usarlos (ver protección del derecho a la privacidad de los pacientes).

Las figuras se numerarán consecutivamente según la primera mención del texto. Si la figura ya ha sido publicada, cite la fuente original y proporcione permiso por escrito del titular de los derechos de autor para reproducir el material. Dicha autorización es necesaria, independientemente de quien sea el autor o editor. La única excepción son los documentos de dominio público.

La inclusión de un diagrama que indique la parte de la fotografía a reproducir puede ser útil para el director.

Las fotografías de preparaciones histológicas deben incluir el tipo de tinción y aumentarlas al final del texto (por ejemplo, HE 250x).

Si las ilustraciones se envían por correo electrónico en formato digital, deberán tener una resolución de 300 dpi en el tamaño a publicar y en formato TIFF o JPG.

### Leyendas de ilustraciones

Los pies o leyendas de las ilustraciones se imprimirán a doble espacio, comenzando en hoja aparte, con los números arábigos correspondientes a las ilustraciones.

Cuando se utilizan símbolos, flechas, números o letras para referirse a ciertas partes de las ilustraciones, el significado de cada uno debe identificarse y aclararse en la leyenda.

### Unidades de medida

Las medidas de longitud, tamaño, peso y volumen deben expresarse en unidades métricas (metro, kilogramo, litro) o sus múltiplos decimales.

Las temperaturas se darán en grados Celsius y la presión arterial en milímetros de mercurio.

Todos los valores de los parámetros hematológicos y bioquímicos se presentarán en unidades del sistema métrico, según el Sistema Internacional de Unidades (SIM).

### Abreviaturas y símbolos

Utilice sólo abreviaturas estándar. Evite las abreviaturas en el título y el resumen. Cuando se utiliza una abreviatura por primera vez en el texto, estará precedida por el término completo, excepto en el caso de una unidad de medida común.

### Envío del manuscrito a la revista

Enviar una copia del trabajo en un archivo de Microsoft Word, creado en una hoja A4 (210 × 297 mm = 21 × 29.7 cm), con fuente negra, formato de fuente Times New Roman, tamaño 12, espacio doble en todo el artículo, sin sangrado a la columna, con extensión según el tipo de trabajo escrito, a **LAJOMS@gmail.com**, con copia a **drlobo@drlobo.com.br** adjuntando los archivos JPG (*Joint Photographic Experts Group*) o TIFF (formato de archivo de imagen con etiqueta) con resolución de 300 dpi. Enviar correcciones a los mismos correos electrónicos.

Debe poner el ASUNTO: artículo para LAJOMS y luego su nombre (p ej. Artículo para LAJOMS: osteocondrosarcoma mandibular presentación de cinco casos y revisión de la literatura).

El manuscrito (en archivo Microsoft Word) irá acompañado de una carta de presentación (en otro archivo Microsoft Word adjunto) firmada por todos los autores dirigida al Director Ejecutivo de LAJOMS. Esta carta debe incluir:

1. La sección de la revista en la que desea publicar el trabajo.
2. Una explicación, como máximo en un párrafo, de la contribución original y relevancia del trabajo en el área de especialidad.
3. Información sobre publicación o entrega previa o duplicada de cualquier parte del trabajo a otras revistas, como se indicó anteriormente.
4. Si parte del artículo ha sido previamente publicado en otra revista (lea consideraciones de publicación redundante o duplicada), \* deben especificar los detalles aquí y declarar que están en posesión de los permisos de publicación necesarios del autor y editor.
5. Una declaración de relaciones económicas o de otro tipo que puedan dar lugar a un conflicto de intereses (que se discutirá más adelante).
6. Una declaración de que el manuscrito ha sido leído y aprobado por todos los autores que han cumplido con los requisitos y responsabilidades éticos de autoría discutidos anteriormente y que cada autor cree que el artículo constituye un trabajo honesto.
7. Nombre, dirección, teléfono y correo electrónico del autor encargado de coordinar con los coautores la revisión y aprobación final de las pruebas de impresión del artículo en cuestión.

La carta debe incluir cualquier información adicional que pueda ser útil para el director, como el tipo de artículo en cuestión. Junto al manuscrito, acompañarán copias de las autorizaciones obtenidas para reproducir materiales ya publicados, utilizar ilustraciones, aportar información para identificar personas o citar colaboradores por las aportaciones realizadas.

### DECLARACIONES ADICIONALES

#### Revisión de expertos (revisión por pares)

LAJOMS es una revista con revisión por pares al enviar.

Todos los artículos publicados para la evaluación de revisores, especialistas en el tema, y que no formen parte del Comité Editorial de la Revista, sino del Comité Científico. El número de revisores será de dos o tres, según el trabajo; el procedimiento de evaluación será doblemente ciego (tanto el autor como el consultor son anónimos) y las opiniones de los revisores se enviarán al autor.

### DERECHOS DE AUTOR

Reservados todos los derechos mundiales. No puede ser reproducido, almacenado en un sistema de recuperación o transmitido de cualquier forma mediante un procedimiento, ya sea mecánico, electrónico, fotocopiado, grabación o cualquier otro, sin el permiso previo por escrito de los titulares de los derechos de autor. Cualquier acto de explotación de la totalidad o parte de las páginas de LAJOMS para la elaboración de resúmenes de prensa con fines comerciales, será necesaria la correspondiente autorización, que será otorgada por el Editor o Comité Editorial mediante licencia dentro de los límites establecidos en el mismo.



