

209
zej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**LESIONES REGRESIVAS DE LOS DIENTES
LESIONES PIGMENTADAS EN
CAVIDAD BUCAL**

T E S I N A

QUE PRESENTA:

MUÑOZ ANTA MARCO ANTONIO

Para obtener el título de:
CIRUJANO DENTISTA

DIRECTOR DE TESINA:
DRA. BEATRIZ ALDAPE BARRIOS.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



CIUDAD UNIVERSITARIA

MEXICO D.F. 1994



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO TEMATICO.

ATRICION.

ABRASION.

EROSION.

DENTINA SECUNDARIA.

DENTINA ESCLEROSANTE.

CALCIFICACION PULPAR.

RESORCION INTERNA.

HIPERCEMENTOSIS.

CEMENTICULOS.

INTRODUCCION

DENTRO DE LA PATOLOGIA DENTAL, LAS LESIONES REGRESIVAS DE LOS DIENTES SON MUY SIGNIFICATIVAS TANTO POR SU CASISTICA COMO POR LAS REPERCUSIONES QUE PUEDAN LLEGAR A TENER DENTRO DE TODO EL APARATO ESTOMATOLOGICO, ALGUNAS DE ESTAS, RECORDANDO QUE AUNQUE NO SON PATOLOGIAS QUE PUEDAN TENER CONSECUENCIAS FATALES PARA EL PACIENTE EN CUANTO AL RIESGO DE SU SALUD ,SI PUEDEN DISMINUIR LA CALIDAD DE VIDA DE ALGUN PACIENTE.

LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNOSTICO TEMPRANO Y UN PLAN DE TRATAMIENTO ADECUADO SON LA BASE IDEAL COMO EN CUALQUIER OTRA PATOLOGIA PARA SACAR A NUESTRO PACIENTE ADELANTE, CON UN MENOR TIEMPO DE TRATAMIENTO Y POR LO TANTO UN COSTO MAS BAJO DE ESTE.

LAS LESIONES REGRESIVAS SON OBSERVADAS MUY COMUNMENTE POR EL ODONTOLOGO PERO POCAS OCASIONES LE PRESTA LA ATENCION ADECUADA QUE ESTAS LES MERECE.

LAS DEFINICIONES Y EXPLICACIONES DE CADA UNA DE ESTAS PATOLOGIAS LAS ENCONTRAREMOS MAS ADELANTE, POR EL MOMENTO PODEMOS DECIR QUE EL TRATAMIENTO PARA ESTA LESIONES DEPENDE EN GRAN PARTE DE LOS HABITOS DE LIMPIEZA COMO ALIMENTICIOS, ADEMAS DE QUE ENCONTRAMOS ALGUNOS CON ETIOLOGIA SIGNIFICANTE DE STRES.

EN RESUMEN RECORDAREMOS LAS DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS DE LA ATRICION, ABRASION Y EROSION, APESAR DE QUE LAS TRES SON DESGASTES SUS ETIOLOGIAS Y POR LO TANTO TIPOS DE DESGASTES Y TRATAMIENTON SON DIFERENTES, VEREMOS TAMBIEN LOS TIPOS DE DENTINA, Y LOS TIPOS DE RESORCIONES QUE PUEDEN LLEGAR A SUFRIR LOS DIENTES.

LESIONES REGRESIVAS

EL DESGASTE SE DEFINE COMO LA MERMA A CAUSA DEL ROZAMIENTO DE LAS ESTRUCTURAS DE LOS DIENTES, POR LAS FUERZAS ACTIVAS DE LA MASTICACION, POR EJEMPLO: LA PERDIDA DE LA ESTRUCTURA DE EL DIENTE EN LAS SUPERFICIES OCLUSALES DE LOS DIENTES POSTERIORES Y LOS BORDES INCISIVOS DE LOS DIENTES ANTERIORES. LOS DIENTES EN POSICION ANORMAL PUEDEN SER AFECTADOS DE MODO SIMILAR POR EL DESGASTE, COMO LAS RELACIONES PUNTA A PUNTA AL MORDER.

LAS CONDICIONES INERTES A UN CIERRE DENTAL EXCESIVO PREDISPONEN CON FRECUENCIA AL DESGASTE DE LA SUPERFICIE INCISIVA Y LINGUAL DE LOS DIENTES ANTERIORES DE EL MAXILAR SUPERIOR Y DE LAS SUPERFICIES LABIALES DE LOS DIENTES ANTERIORES DE EL MAXILAR INFERIOR.

EN ALGUNOS CASOS, LA RAPIDEZ DE EL PROCESO DE DESGASTE ORIGINA LA EXPOSICION DE LA PULPA, PERO LA MAYORIA DE LAS VECES LA DEPOSICION SEC. DE DENTINA BASTA PARA IMPEDIR ESTE FENOMENO.

LA ATRICION ES DEFINIDA COMO UN DESGASTE FISIOLÓGICO QUE SE DA COMO EL RESULTADO DIENTE A DIENTE Y SE CONSIDERA MAS FISIOLÓGICO QUE PATOLÓGICO. ESTE DESGASTE DEPENDE TAMBIEN DE LA DIETA Y HABITOS EN EL INDIVIDUO.

LA ABRASION ES TAMBIEN DEFINIDA COMO UN DESGASTE DE EL DIENTE PERO ATRAVES DE UN PROCESO MECANICO, ESTE PUEDE SER CAUSADO POR EL CEPILLADO DE LOS DIENTES, YA QUE LA AGRESIVIDAD CON LA QUE SE CEPILLAN ALGUNAS GENTES PUEDEN LLEGAR A CAUSAR ESTOS PROBLEMAS.

EL SITIO MAS COMUN DONDE SE HA OBSERVADO ES EN EL AREA DE LOS CUELLOS DE LOS DIENTES Y EN SUS SUPERFICIES RADICULARES EXPUESTAS.

POSTERIORMENTE PODEMOS ENCONTRAR OTRA PATOLOGIA QUE DESGASTA TAMBIEN AL DIENTE PERO CON MECANISMOS DIFERENTES COMO LA EROSION.

ESTA ES DERIVADA DE UN PROCESO QUIMICO Y SU FORMA CARACTERISTICA ES DE CUCHARON LISO, PROVOCADO POR LA INGESTION DE ACIDO CITRICO Y BEBIDAS CARBONATADAS.

COMO CONSECUENCIA DE ESTAS PATOLOGIAS PODEMOS TENER COMO RESULTADO LA RESPUESTA DE EL DIENTE HACIA AGRESIONES EXTERNAS Y TAMBIEN POR CAUSAS NORMALES DE ENVEJECIMIENTO, COMO PUDE SER EL EJEMPLO DE LA DENTINA SECUNDARIA.

LA DENTINA SECUNDARIA FISIOLÓGICAMENTE SE CONSIDERA COMO UNA RESPUESTA A ESTIMULOS NORMALES DE ENVEJECIMIENTO. PODEMOS ENCONTRAR QUE CON ESTA RESPUESTA LO QUE ESTA BUSCANDO ES LA DISMINUCION DE LA SENSIBILIDAD QUE NO LLEGA A SER SIGNIFICATIVA.

RADIOGRAFICAMENTE SE LOCALIZA ALREDEDOR DE CUERNOS PULPARES, Y CERCANO A PROCESOS CARIOSOS.

PATOLOGICAMENTE ES UNA RESPUESTA A ESTIMULOS COMO: CARIES, ABRASION, ATRICION, ETC.

LA DENTINA ESCLEROSANTE ES UNA CALCIFICACION DE TUBULOS DENTINARIOS PRESENTE POR CARIES, ABRASIN, ATRICION Y ENVEJECIMIENTO.

LA DIFERENCIA DE ESTOS DOS TIPOS DE DENTINA UNICAMENTE ES HISTOLOGICAMENTE Y EN ALGUNOS CASOS NO SE LLEGA A PERCIBIR LA DIFERENCIA, RADIOGRAFICAMENTE NO SE PODRA ENCINTRAR NINGUNA DIFERENCIA CARACTERISTICA.

LA CALCIFICACION PULPAR ES TAMBIEN CONSIDERADA DENTRO DE EL GRUPO DE PATOLOGIAS QUE ESTAMOS ESTUDIANDO. ESTA SE LOCALIZA EN CUALQUIER PARTE DE EL TEJIDO PULPAR Y SE ENCUENTRA CON MAYOR INDICE EN EDADES AVANZADAS. SU ETIOLOGIA ES DESCONOSIDA.

DEDE ÉSTE MOMENTO PODEMOS DECIR QUE EMPEZAMOS A TRATAR CON LOS PROBLEMAS INTERNOS DE EL DIENTE, AUNQUE LAS CAUSAS DE ESTAS PATOLOGIAS TAMBIEN PUEDEN SER EXTERNAS DONDE SE ENCUENTRAN REFLEJADAS O DONDE EMPIEZAN A HACER SUS PRIMERAS MANIFESTACIONES OBSERVADAS ES EN LA PARTE INTERNA DE EL DIENTE COMO PUEDE LLEGAR A SER :

LA RESORCION INTERNA, QUE COMIENZA COMO UNA HIPERPLASIA INFLAMATORIA PECULIAR DEL TEJIDO PULPAR. SUS CAUSAS SON IDIOPATICAS. CLINICAMENTE CARECE DE SINTOMATOLOGIA TEMPRANA Y RADIOGRAFICAMENTE SE OBSERVA UN AREA RADIOLUCIDA, DE FORMA OVOIDE, Y POSIBLE PERFORACION RADICULAR.

HISTOLOGICAMENTE PRESENTA OSTEOCLASTOS Y OCASIONALMENTE ODONTOBLASTOS.

LA RESORCION EXTERNA TIENE SUS PRINCIPALES CAUSAS: EN LA INFLANACION PERIAPICAL, REIMPLANTACION DE LOS DIENTES, TUMORES Y QUISTES, FUERZAS OCUSALES E IDIOPATICAS. RADIOGRAFICAMENTE SE OBSERVA COMO SI EL DIENTE ESTUBIERA COMIDO DE AFUERA HACIA ADENTRO DE EL MISMO.

LA HIPERCEMENTOSIS ES CONSIDERADA COMO UNA DEPOSICION EXCESIVA DE CEMENTO SECUNDARIO SOBRE LA SUPERFICIE RADICULAR, CLINICAMENTE NO LLEGA A PRODUCIR SISNOS NI SINTOMAS IMPORTANTES. SU ETIOLOGIA SE CREE PUEDE SER DEBIDA A LA ELONGACION ACELERADA DE UN DIENTE, INFLAMACION ALREDEDOR DE EL DIENTE, REPARACION DENTAL, OSTEITIS DEFORMANTE O ENFERMEDAD OSEA DE PEAGET. RADIOGRAFICAMENTE SE OBSERVA EL ENGROSAMIENTO Y APARENTE PUNTA ROMA DE LA RAIZ. SU PRONOSTICO ES EXCELENTE EN AUSENCIA DE INFECCION.

LOS CEMENTICULOS SON CONSIDERADOS PEQUEOS FOCOS DE DE TEJIDO CALCIFICADO, Y SE ENCUENTRAN DENTRO DE EL LIGAMENTO PERIODONTAL Y AREAS RADICULARES. PARECE SURGIR ATRAVES DE LOS CAPILARES TROMBOSADOS EN EL LIGAMENTO PERIODONTAL. CLINICAMENTE CARECEN DE IMPORTANCIA.

PODEMOS CONCLUIR QUE APESAR DE QUE LA PATOLOGIA PUDIERA LLEGAR A SER MUY USUAL DEBEMOS DE TENER EL CUIDADO DE DIAGNOSTICARLA PRECOZMENTE, PUESTO QUE ALGUNAS COMO LA ABRASION, ATRICION, EROSION PUEDEN LLEGAR A CAUSAR PROBLEMAS EN LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR SI ESTAS NO SON ATENDIDAS CON LA DEBIDA IMPORTANCIA. HABRA OTRAS QUE POR EL CONTRARIO SU IMPORTANCIA CLINICA NO ES DE CUIDADO COMO PUDEEN LLEGAR A SER LOS CEMENTICULOS.

NOTA: TODAS LAS DIAPOSITIVAS SE ENCUENTRAN A SU DISPOSICION EN EL DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA BUCAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA Y BIBLIOTECA DE LA MISMA.

LESIONES REGRESIVAS DE LOS DIENTES

- D1 ATRICION**
- D2 DEFINICION: ES UN DESGASTE FISIOLÓGICO QUE SE DA COMO RESULTADO DEL CONTACTO DIENTE A DIENTE. SE CONSIDERA MAS FISIOLÓGICO QUE PATOLÓGICO, ESTE DESGASTE DEPENDE DE LA DIETA Y HABITOS DEL INDIVIDUO.
- D3 CASO CLINICO.
- D4 ABRASION**
- D5 DEFINICION: ES UN DESGASTE PATOLÓGICO DE EL DIENTE ATRAVES DE UN PROCESO MECANICO NORMAL. SU LOCALIZACION ES EN SUPERFICIESRADICULARES EXPUESTAS.
- D6 CASO CLINICO.
- D7 EROSION**
- D8 DEFINICION: ES DERIVADA DE UN PROCESO QUIMICO. SU FORMA CARACTERISTICA ES DE UN CUCHARON LISO Y ESTA PROVOCADA PROVOCADA POR INGESTION DE ACIDO CITRICO Y BEBIDAS CARBONATADAS.
- D9 DENTINA SECUNDARIA**
- D10 FISIOLÓGICAMENTE SE CONSIDERA COMO UNA RESPUESTA A ESTIMULOS NORMALES DE ENVEJECIMIENTO.
- D11 ASPECTO CLINICO: DISMINUCION DE LA SENSIBILIDAD, NO SIGNIFICATIVO.
- D12 ASPECTO RADIOGRAFICO: LOCALIZADA ALREDEDOR DE LOS CUERNOS PULPARES Y CERCANO A PROCESOS CARIOSO.
- D13 PATOLÓGICAMENTE: ES UNA RESPUESTA A ESTIMULOS COMO: CARIES, ABRASION, ATRICION, ETC.
- D14 CASO CLINICO.
- D15 DENTINA ESCLEROSANTE**
- D16 DEFINICION: ES UNA CALCIFICACION DE TUBULOS DENTINARIOS PRESENTE POR CARIES, ABRASION Y ENVEJECIMIENTO.
- D17 CASO CLINICO.
- D18 CALCIFICACION PULPAR**
- D19 SE LOCALIZA EN CUALQUIER PARTE DE EL TEJIDO PULPAR, SE ENCUENTRA CON MAYOR INDICE CON EDADES AVANZADAS. SU ETIOLOGIA ES DESCONOCIDA.
- D20 RESORCION INTERNA**
- D21 COMIENZA COMO UNA HIPERPLASIA INFLAMATORIA PECULIAR DE EL TEJIDO PULPAR. SUS CAUSAS SON IDIOPATICAS.
- D22 CLINICAMENTE CARECE DE SINTOMATOLOGIA TEMPRANA. RADIOGRAFICAMENTE SE OBSERVA UN AREA RADIOLUCIDA, DE FORMA OVOIDE Y POSIBLE PERFORACION RADICULAR.
- D23 HISTOLOGICAMENTE PRESENTA OSTECLASTOS Y OCASIONALMENTE ODONTOBLASTOS. REQUIEREN TRATAMIENTO DE CONDUCTOS.

D24 RESORCION EXTERNA

- D25 PRINCIPALES CAUSAS: A) INFLAMACION PERIAPICAL
B) REIMPLANTACION DE LOS DIENTES
C) TUMORES Y QUISTES
D) FUERZAS OCUSALES
E) IDIOPATICAS

D26 HIPERCEMENTOSIS

- D27 DEFINICION: ES UNA DEPOSICION EXCESIVA DE CEMENTO SECUNDARIO SOBRE LA SUPERFICIE RADICULAR.
CLINICAMENTE NO PRODUCE SIGNOS O SINTOMAS IMPORTANTES.

- D28 ETIOLOGIA: A) ELONGACION ACELERADA DE UN DIENTE
B) INFLAMACION ALREDEDOR DE UN DIENTE
C) REPARACION DENTAL
D) OSTEITIS DEFORMANTE O ENFERMEDAD OSEA DE PEAGET

- D29 RADIOGRAFICAMENTE SE OBSERVA EL ENGROSAMIENTO Y APARENTE PUNTA ROMA DE LA RAIZ.
SU PRONOSTICO ES EXCELENTE EN AUSENCIA DE INFECCION.

D30 CEMENTICULOS.

- D31 PEQUEÑOS FOCOS DE TEJIDO CALCIFICADO. SE ENCUENTRAN DENTRO DEL LIGAMENTO PERIODONTAL Y AREAS RADICULARES.

- D32 PARECE SURGIR ATRAVES DE LOS CAPILARES TROMBOSADOS EN EL LIGAMENTO PERIODONTAL.
NO TIENE IMPORTANCIA CLINICA.

BIBLIOGRAFIA

JOSEPH A. REGEZI, JAMES J. SCIUBBA, PATOLOGIA BUCAL, EDITORIAL INTERAMERICANA, 1991. PAGINAS:489-507.

MAJOR M. ASH. JR., ORAL PATOLOGY, EDITORIAL LEA AND FABIGER, SIXTH EDITION, 1992. PAGINAS:117-123, 208-210.

J. L. GIUNTA, PATOLOGIA BUCAL, EDITORIAL INTERAMERICANO, 3ERA. EDICION, 1985. PAGINAS: 61-87.

BERNIER; TRATADO DE ENFERMEDADES ORALES, EDITORIAL OMETTA, 1ERA EDICION, 1962.PAGINAS: 186-196.

BHASKAR, PATOLOGIA BUCAL, EDITORIAL EL ATENEO, 2DA EDICION, 1977.PAGINAS: 113-120.

EDWARD V. ZAGARELLI, DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA BUCAL, EDITORIAL SALUAT, 2DA EDICION, 1982. PAGINAS: 105-122.

THOMA, PATOLOGIA ORAL, EDITORIAL SALUAT, 2DA REIMPRESION, 1983.

SHAFER, TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL, EDITORIAL INTERAMERICANA, 2DA EDICION. 1986.

INTRODUCCION

LA IMPORTANCIA DE LOS PIGMENTOS DENTRO DE NUESTRO ORGANISMO ES MUY VARIADO, LOS MELANOCITOS SON LAS CELULAS QUE LE DAN SU TONALIDAD A LA PIEL, EL AUMENTO O DECREMENTO DE ESTOS PUEDEN DAR TIPOS DE COLORES DE PIEL TAN DIFERENTES ENTRE SI PASANDO DESDE EL ALBINO HASTA EL NEGRO.

EL COLOR DE LA PIEL SABIAMENTE ES DADO EN EL ORGANISMO, PARA PROTECCION DE EL MISMO INDIVIDUO, QUERIENDO DECIR, QUE EN ZONAS DE MUCHO CALOR DONDE SE NECESITA MAYOR PROTECCION DE EL SOL SE ENCUENTRA GENTE DE PIEL OSCURA, PARA QUE ESTA ESTE PROTEGIDA DE LA GRAN CANTIDAD DE RAYOS DE SOL QUE RECIBE, EN CAMBIO, LA GENTE QUE VIVE DONDE LA CANTIDAD O INTENSIDAD DE RAYOS SOLARES NO SON TAN INTENSOS TIENEN UNA PIEL MAS BLANCA PORQUE NO NECESITAN TANTA PROTECCION COMO LA GENTE QUE VIVE EN ZONAS MUY SOLEADS.

CUANDO LAS CELULAS MELANOCITICAS LLEGAN A TENER UNA MAYOR ACTIVACION SIN LLEGAR A DEGENERAR HISTOLOGICAMENTE LAS PODEMOS LLEGAR A CLASIFICAR COMO BENIGNAS, CUANDO ESTOS MELANOCITOS LLEGAN A DEGENERAR HISTOLOGICAMENTE DEPENDERA DE LA RAPIDES Y TEJIDO QUE COMPRENDAN, PARA QUE PODAMOS LLEGAR A SUPONER SU MALIGNIDAD.

ALGUNAS DE LAS PIGMENTACIONES QUE PUEDE LLEGAR A ENCONTRAR EL ODONTOLOGO PUEDEN SER NORMALES, COMO LA MELANOSIS RACIAL , PERO SIN EMBARGO PODRA ENCONTRAR OTRAS COMO EL MELANOMA QUE ES UNA LESION ALTAMENTE MALIGNA Y QUE GENERALMENTE SU PRESCENCIA EN BOCA ES UNA METASTASIS Y NO UNA LESION PRIMARIA. DE AQUI LA IMPORTANCIA DE SABER RECONOCER LAS PIGMENTACIONES Y EL PLAN DE TRATAMIENTO DE ESTAS.

CONTENIDO TEMATICO

MELANOCITO DERMICO.

MELANOCITOS DERMICOS.

CELULA NEVITICA INTRADERMICA.

TIPOS DE PIGMENTOS.

MELANOCITOS.

PIGMENTACION RACIAL.

LENTIGO SIMPLE.

EFELIDE.

NEVOS.

NEVO INTRADERMICO.

NEVO LIMITROFE.

NEVO COMPUESTO.

MELANOMA INFANTIL.

NEVO AZUL.

TRATAMIENTO DE LESIONES NEVITICAS.

MELANOMA.

MELANOMA DE TIPO LENTIGINOSO.

MELANOMA PROPAGANTE SUPERFICIAL.

MELANOMA NODULAR.

ENFERMEDAD DE ADDISON.

MELANOSIS FOCAL RACIAL.

MELANOCARCINOMA.

CLASIFICACION DE LESIONES DE CELULAS PIGMENTADAS

CRESTA	A) MELANOCITO DERMOEPIDERMICO	{ MELANOSIS EFELIDE LENTIGO MELANOMA
NEURAL	B) MELANOCITO DERMICO	{ MANCHA MONGOLICA NEVO DE OTA NEVO DE ITO NEVO AZUL NEVO AZUL CELULAR NEVO AZUL MALIGNO
	C) CELULA NEVICA INTRADERMICA	{ NEVO INTRADERMICO NEVO COMPUESTO NEVO DE SPITZ NEVO CON HALO NEVO DE CELULAS BALANOIDES MELANOMA AMELANICO

MELANOCITOS DERMOEPIDERMICO

SON CELULAS PIGMENTADAS, CARACTERIZADAS POR PROLONGACIONES DENDRITICAS MULTIPLES, MELANOSOMAS Y TIROSINASA, QUE SE HAN DEMOSTRADO EN EL RATON Y EN EL PATO QUE TIENEN SU ORIGEN EN LA CRESTA NEURAL Y SOBRE LA MEMBRANA BASAL DE LA EPIDERMIS Y EXPORTA SU MIELINA A LOS ORGANOS VECINOS.

MELANOCITOS DERMICOS

ESTAS SE ENCUENTRAN PIGMENTADAS, FISIFORMES O DENDRITICAS DIPOLARICAS CON MELANOSOMAS Y TIROSINASA QUE PROBABLEMENTE REPRESENTAN UN SIGNO ESCENCIAL DEL APARATO MELANOCITICO MESENQUIMATOSO EN ANIMALES INFERIORES SEGURAMENTE TIENE SU ORIGEN EN LA CRESTA NEURAL. SE LOCALIZA EN DERMIS O CORION DE LA MUCOSA.

CELULA NEVICA INTRADERMICA

SIN PARECIDO A LAS ANTERIORES, PRESENTA MELANOSOMAS, TIROSINASA Y COLISTERASA. POR LOS MELANOSOMAS, LA TIROSINASA Y LA ACTIVIDAD DE UNION DE ALGUNAS DE LAS LESIONES QUE PRODUCEN SE LES ADJUDICA SU ORIGEN EN LOS MELANOCITOS DERMOEPIDERMICOS, POR OTRO LADO SU ASPECTO DE SU CUBIERTA SCHWANOIDE Y POR SU CONTENIDO EN COLINESTERASA SE PRESUME SE ORIGINA DE CELULAS DE SCHWAN. NO HAY BASES PARA AFIRMAR CUALQUIERA, MASSON, SOSPECHO UN DOBLE ORIGEN.

GENERALIDADES

PIGMENTOS: SUBSTANCIAS CON COLOR ALGUNAS DE LAS CUALES SON COMPONENTES NORMALES DE LAS CELULAS COMO LA MELANINA; OTROS SON ANORMALES Y SE ACUMULAN EN LAS CELULAS SOLO EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES. ALGUNAS VECES, ESTOS PIGMENTOS NORMALES, PUEDEN LLEGAR A ACUMULARSE EXCESIVAMENTE, TRANSTORNANDO QUIZAS LAS FUNCIONES CELULARES.

TIPOS DE PIGMENTOS

EXOGENOS	ANTRACOSIS SIDEROSIS SILICOSIS TATUAJE
ENDOGENOS	PROVIENEN DE LA HEMOGLOBINA BILIRRUBINA BILIVERDINA NO PROVENIENTES LIPOFISCINA MELANINA

LOS PIGMENTOS PROVENIENTES DE LA HEMOGLOBINA SON LOS COMPONENTES DE LA BILIS Y SON RESPONSABLES DE LA ICTERICIA PROPIA DE ALGUNAS ENFERMEDADES, COMO LA HEPATITIS.

LA LIPOFISCINA, TAMBIEN LLAMADA LIPOCROMOCEROIDE, DE DESGASTE O DE ENVEJECIMIENTO SE OBSERVA EN LAS CELULAS QUE HAN SUFRIDO CAMBIOS REGRESIVOS LENTOS, COMO LOS QUE OCURREN EN LA ATROFIA QUE ACOMPAÑA A LA EDAD AVANZADA Y A LAS LESIONES CRONICAS. REPRESENTAN LOS RESIDUOS INDIGERIBLES DE VACUOLAS AUTOFAGICAS FORMADAS DURANTE EL ENVEJECIMIENTO O LA ATROFIA. POR SI MISMA NO ES DAÑINA PARA LA CELULA NI PARA SU FUNCION.

LA MELANINA ES UN PIGMENTO PARDO NEGRUZZCO QUE SE FORMA CUANDO LA ENZIMA TIROSINASA CATALIZA LA OXIDACION DE LA TIROSINASA EN DIHIDROXIFENILALANINA (DOPA) EN LOS MELANOCITOS.

LA MELANINA ES UN FACTOR PRINCIPAL QUE RIGE EL COLOR DE LA PIEL; SU FALTA O AUMENTO PRODUCE SUSCEPTIBILIDAD A LAS QUEMADURAS SOLARES Y EL CANCER DERMICO COMO PUEDE SER EL CARCINOMA BASOCELULAR.

ADEMAS DE ESTAS FUNCIONES LA MELANINA TIENE LA IMPORTANCIA CLINICA POR VARIOS MOTIVOS:

A) SON FRECUENTES LOS TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS QUE SURGEN POR LA VARIACION DE LOS MELANOCITOS.

EL LUNAR BENIGNO (NEVO) Y SU EQUIVALENTE MALIGNO (MELANOMA) SURGEN DE MELANOCITOS O CELULAS INTIMAMENTE RELACIONADAS Y LA ACUMULACION DE MELANINA PRODUCE EL COLOR NEGRO INTENSO AUNQUE ALGUNAS VECES, ESTAS LESIONES PUEDEN NO ESTAR PIGMENTADAS QUIZAS, POR QUE LAS CELULAS DE ORIGEN ESTAN MENOS BIEN DIFERENCIADAS Y CARECEN DE TIROSINA.

B) LOS TRASTORNOS DE LA PIGMENTACION POR MELANINA TAMBIEN SIRVEN DE ORIENTACION IMPORTANTE DE ENFERMEDADES SISTEMICAS, COMO OCURRE EN LA ENFERMEDAD DE ADISON.

C) LOS TRASTORNOS LOCALES COMO HIPERMELANOSIS O HIPOMELANOSIS SON DATOS DE MUCHAS ENFERMEDADES DE LA PIEL TALES COMO EL MAL DEL PINTO O EL VITILIGIO.

MELANOCITOS:

LAS CELULAS LOCALIZADAS GENERALMENTE DENTRO DE LA CAPA BASAL DE LA EPIDERMIS Y LA MEMBRANA BASAL. PRESENTA UN NUCLEO DE FORMA IRREGULAR Y CENTRAL, CITOPLASMA GLOBULOSO Y CON PROLONGACIONES QUE PENETRAN EN LOS QUERATOCITOS EN LOS ESTRATOS BASAL Y ESPINOSO.

MELANOFOROS:

SON CELULAS FAGOCITICAS QUE TAMBIEN ALMACENAN EL PIGMENTO QUE TAL VEZ ADQUIREN POR LA MELANOSIS ADYACENTE O A PARTIR DEL QUE HA SIDO EXPULSADO POR CELULAS EN VIAS DE DEGENERACION O NECROBIOSIS.

CLASIFICACION DE LESIONES PIGMENTADAS

BENIGNA

PIGMENTACION RACIAL
LENTIGO SIMPLE
PECA (EFELIDE)
NEVO INTRADERMICO
NEVO LIMITROFE
NEVO COMPUESTO
NEVO AZUL

EL NEVO LIMITROFE CON MAYOR FRECUENCIA A TRANSFORMACION MALIGNA

MALIGNAS MELANOMA

A) LINTIGINOSO
B) PROPAGANTE SUPERFICIAL
C) NODULAR

PIGMENTACION RACIAL

MELANOPLACHIA, CON PRESENCIA DE PIGMENTO CAFE NEGRO EN LA MUCOSA BUCAL.

LA LOCALIZACION MAS FRECUENTE ES EN EL MARGEN GINGIVAL, LENGUA, LINEA MEDIA Y PALADAR DURO.

LAS CARACTERISTICAS CLINICAS SON LAS MANCHAS CAFE-NEGRO QUE EN LAS RAZAS DE COLOR PUEDEN SER FISIOLÓGICAS.

LAS CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS SON UN AUMENTO DE MELANINA EN LA CAPA BASAL.

LENTIGO SIMPLE

ES LA PROLIFERACION PIGMENTADA BENIGNA QUE APARECE EN TODAS LAS EDADES PREDOMINANDO EN LA LACTANCIA Y LA NIÑEZ. SU LOCALIZACION ES PIEL Y MUCOSAS.

LAS CARACTERISTICAS CLINICAS SON MACULAS PEQUEÑAS OVALADAS DE COLOR CANELA, PARDO O NEGRO, CON BORDES UNIFORMES Y BIEN CIRCUNSCRITOS QUE NO OBSCURECEN CON LA EXPOSICION A LA LUZ ULTRAVIOLETA.

LAS CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS SON UN AUMENTO EN LA COANTIDAD DE LA MELANINA EN EL ESTRATO BASAL.

SU DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ES CON EL LENTIGO MALIGNO; PECA (EFELIDE).

PECA (EFELIDE)

ES LA PROLIFERACION PIGMENTADA BENIGNA QUE APARECE INICIALMENTE EN LA PRIMERA INFANCIA DESPUES DE LA EXPOSICION A LA LUZ SOLAR (RAYOS ULTRAVIOLETA).

SU LOCALIZACION ES EN PIEL Y MUCOSA.

SUS CARACTERISTICAS CLINICAS SON MACULAS DE COLOR CAFE O PARDO PALIDO CON BORDE IRREGULAR QUE DISMINUYE SU INTENSIDAD DURANTE EL INVIERNO Y SE OBSCURECE CON LA EXPOSICION A LA LUZ ULTRAVIOLETA.

LAS CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS SON UN AUMENTO EN EL DEPOSITO DE MELANINA EN LA CAPA BASAL Y LOS MELANOCITOS SON MAS VOLUMINOSOS QUE LOS NORMALES. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON EL LENTIGO SIMPLE.

NEVOS

TERMINO EMPLEADO PARA DESIGNAR LAS LESIONES BENIGNAS DE LOS MELANOCITOS, CELULAS NEVITICAS O AMBOS.

CADA TIPO PUEDE SER CONGENITO O APARECEN EN ETAPAS POSTERIORES AL NACIMIENTO A EXCEPCION DEL NEVO PIGMENTADO GIGANTE QUE SIEMPRE SE PRESENTA DESDE EL NACIMIENTO. LOS NEVOS, OCASIONALMENTE APARECEN EN LA BOCA, SIENDO MAS FRECUENTES EN LA PIEL.

CLINICAMENTE, PUEDEN PRESENTARSE EN FORMAS DE MACULAS, PAPULAS O MANCHAS DE COLOR CANELA, PARDO O AZULADO. PUEDEN SER NODULARES O PAPILARES Y PUEDEN CONTENER POCOS O ABUNDANTES PELOS.

NEVO INTRADERMICO

ES LA LESION MAS COMUN ENCONTRADA EN LA PIEL. SU LOCALIZACION CARA, ESPALDA, PIERNAS, Y RARA VEZ APARECEN EN PALMAS DE LAS MANOS, PLANTAS DE LOS PIES Y GENITALES.

SUS CARACTERISTICAS CLINICAS; SUELEN SER LISO Y PLANO AUNQUE PUEDE ELEVARSE SOBRE LA SUPERFICIE. PUEDE O NO PRESENTAR PIGMENTACION PARDA Y SUELE TENER PELOS QUE SALEN DE SU SUPERFICIE.

LAS CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS SON CELULAS NEVITICAS (CELULAS GRANDES CON CITOPLASMA PLAZO Y NUCLEO OVOIDE Y VESICULAR, QUE SE DISPONEN EN ESTRUCTURA ALVEOLAR QUE SE DENOMINA TECA Y QUE PUEDE CONTENER GRANULOS DE PIGMENTOS MELANICO). SE LOCALIZA EN LA PROFUNDIDAD DEL TEJIDO CONECTIVO POR LO QUE NO HACE CONTACTO CON EL EPITELIO SUPERFICIAL.

NEVO LIMITROFE (NEVO DE UNION)

CLINICAMENTE ES SIMILAR AL NEVO INTRADERMICO
CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: A DIFERENCIA DEL NEVO INTRADERMICO, LAS CELULAS NEVICAS HACEN CONTACTO CON EL EPITELIO SUPERFICIAL EL CUAL SE ENCUENTRA ADELGASADO E IRREGULAR. LA CANTIDAD LIMITROFE TIPICA DE ESTA LESION ES DE IMPORTANCIA DIAGNOSTICA, YA QUE ESTE TIPO DE NEVO EN UN 20% SE TRANSFORMA EN MELANOMA MALIGNO.

NEVO COMPUESTO

SE ENCUENTRA CONFORMADO POR LOS DOS TIPOS DE NEVOS ANTES MENCIONADOS.
CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS. SE OBSERVAN CELULAS NEVICAS EN CONTACTO CON EL EPITELIO SUPERFICIAL. MIENTRAS QUE OTRAS SE ENCUENTRAN ALOJADAS EN ESTE.

MELANOMA INFANTIL.

COMO SU NOMBRE LO INDICA ES UNA LESION QUE SE ENCUENTRA PRINCIPALMENTE EN LOS NIÑOS.

LOCALIZACION. GENERALMENTE LO ENCONTRAMOS EN LA CARA Y LA EXTREMIDADES
CARACTERISTICAS CLINICAS. PAPULAS O NODULOS DE COLOR CARNE A CANELA. ES UNA LESION CLINICAMENTE BENIGNA.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS. PRESENTA CELULAS PELOMORFICAS FUSIFORMES, OVALES O EPITELOIDES, GIGANTES MONO Y MULTINUCLEARES QUE DISPUESTAS EN CAPS BIEN CIRCUNSCRITAS CON CONSIDERABLE ACTIVIDAD LIMITROFE.

NEVO AZUL

LESION LISA, CON PELOS Y CON COLORACION DEL PARDO AL AZUL O AL NEGRO AZULADO

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

ES DE DOS TIPOS:

A) NEVO AZUL COMUN: CARECE DE ACTIVIDAD LIMITROFE Y LOS MELANOCITOS ESTAN TIPICAMENTE LLENOS DE GRANULOS DE MELANINA QUE LLEGAN A TAPAR AL NUCLEO.

B) NEVO AZUL CELULAR: ADEMAS DE LOS MELANOCITOS PRESENTA OTRO TIPO DE CELULA FUSIFORME GRANDE, CON CITOPLASMA PALIDO VACUOLADO. SE ORDENAN EN ESTRUCTURA ALVEOLAR. A MENUDO GUARDAN CON MACROFAGOS OCUPADOS CON MELANINA EN LA DERMIS CON ESCLEROSIS.

TRATAMIENTO DE LESIONES NEVITICAS

EXISTEN DOS CORRIENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LAS LESIONES NEVITICAS. ALGUNOS AUTORES DUGIEREN LA OBSERVACION CONSTANTE PARA DETECTAR CUALQUIER CAMBIO EL CUAL PUEDE SER INDICIO DE MALIGNIZACION. OTROS AUTORES ACONSEJAN LA EXCISION QUIRURGICA DE TODOS LOS NEVOS INTRAORLAES COMO MEDIDA PROFILACTICA DEBIDO A LA CONSTANTE IRRITACION EN TODA LA MUCOSA EN CASI TODAS LAS ZONAS INTRABUCALES, PROVOCADAS POR EL ALILMENTO O EL CEPILLADO.

PRONOSTICO

BUENO PARA AQUELLAS LESIONES QUE CARECEN DE ACTIVIDAD LÍMITROFE

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

LESIONES NEVITICAS ENTRE SI; TATUAJES POR AMALGAMA; MELANOPLAQUIA.

MELANOMA

ES LA COANTRAPARTE MALIGNA DEL NEVO PIGMENTADO COMUN, AUNQUE NO TODOS LOS MELANOMAS SE ORIGINAN DE LOS NEVOS

LOS MELANOMAS CORRESPONDEN AL 1.2% DE LOS CANCERES.

LA FRECUENCIA MAXIMA DE ESTA LESION ES ENTRE LOS 40 Y LOS 60 AÑOS DE EDAD, AUNQUE PUEDE APARECER ANTES.

POR LO GENERAL OCURRE EN LA PIEL, PERO TAMBIEN ATACA LA CAVIDAD BUCAL, ESOFAGO, CONDUCTO ANAL, CONJUNTIVAS, PAROTIDA.

LA MAYORIA DE LAS LESIONES PARECEN SER LESIONES DE NEVO Y EL 20% AL PARECER SURGEN EN LA RELACION CON UN NEVO BENIGNO PREVIO O PREEXISTENTE.

TIPOS

- A) LENTIGINOSO
- B) PROPAGANTE SUPERFICIAL
- C) NODULAR

MELANOMA DEL TIPO LENTIGINOSO

LA LESION PRECURSORA DE ESTE TIPO ES EL LENTIGO MALIGNO LA CUAL ES UNA LESION MACULAR PIGMENTADA QUE HISTOLOGICAMENTE PRESENTA ACTIVIDAD LÍMITROFE DIFUSA, COMPUESTA DE MELANOCITOS ATÍPICOS QUE REEMPLAZAN LA CAPA BASAL CON EL MELANOGENESIS PROMINENTE. SU LOCALIZACION ES EN AREAS EXPUESTAS A LA LUZ SOLAR COMO PUEDEN SER CARA, CUELLO Y ALGUNAS EXTREMIDADES.

SUS CARACTERISTICAS CLINICAS SON PLACAS PLANAS, EXTENSAS, DE COLOR VARIABLE PARDO-NEGRO Y AZUL-GRIS, CON AREAS NEGRAS FOCALES ELEVADAS CON BORDES IRREGULARES.

LAS CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS SON LA INVASION DERMICA POR CELULAS TUMORALES DE FORMA IRREGULAR, CON NUCLEO HIPERCROMATICO, DISPUESTAS AISLADAMENTE O EN NIDOS QUE SUELEN EXTENDERSE ALREDEDOR DE LA VAINA RADICULAR EXTERNA DE LOS FOLICULOS PILOSOS. LOS MELANOCITOS SON FUSIFORMES O EPITELOIDES CON NUCLEO Y GRANULOS CROMATICOS TOSCOS ADENAS DE PROMINENTES.

MELANOMA PROPAGANTE SUPERFICIAL

OCURRE EN CUALQUIER SITIO DE LA PIEL O LAS MUCOSAS. SUS CARACTERISTICAS CLINICAS ES QUE SE PRESENTA COMO UN NODULO O PLACA POCO ELEVADA, CON COLORACIONES RARAS PARDO, NEGRO, ROSADO, GRIS, BLANCO, AZUL. CON BORDES IRREGULARES PROTUBERANTES.

LAS CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS SON LA PROPAGACION LATERAL DEL TUMOR DENTRO DE LA EPIDERMIS. CON CELULAS CIRCUNLANTES MAS ATÍPICAS QUE LAS

DEL TIPO LENTIGINOSOS. EL COMPONENTE PRINCIPAL SON LAS CELULAS EPITELOIDES; SON POCO FRECUENTES LAS CELULAS FUSIFORMES.

MELANOMA NODULAR

APARECE TAMBIEN EN CUALQUIER SITIO DE LA PIEL Y MUCOSAS. LAS CARACTERISITICAS CLINICAS ES QUE SON LESIONES ELEVADAS, A VECES POLIPLOIDES, DE COLOR PARDO NEGRUZO; LA FALTA DE PROPAGACION LATERAL HACE QUE LA PIEL ADYACENTE AL TUMOR SEA DE COLOR NORMAL.

LAS CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS SON LA INVASION DERMICA PREDOMINANTEMENTE. LAS CELULAS TUMORALES SON MAS ATIPICAS PERO GUARDAN UNA UNIFORMIDAD NOTABLE.

LAS CELULAS AISLADAS SON DE TIPO EPITELOIDE Y FUSIFORME.

LAS METASTASIS SON COMUNES A GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES.

SUS TRATAMIENTO ES LA RESECCION QUIRURGICA RADICAL DE LA PARTE AFECTADA CON DISECCION DE LOS NUCLEOS LINFATICOS REGIONALES.

EL PRONOSTICO EN LA MAYORIA DE LOS CASOS ES RESERVADO DEBIDO EN GRAN PARTE POR LA DEMORA DEL DESCUBRIMIENTO Y CONFIRMACION DEL DIAGNOSTICO.

PARAMETROS PARA DEMOSTRAR QUE UNA LESION SEA CONSIDERADA COMO MELANOMA PRIMARIO DE LA CAVIDAD BUCAL

- 1) DEMOSTRACION DEL MELANOMA CLINICA E HISTOLOGICAMENTE
- 2) PRESENCIA DE ACTIVIDAD LIMITROFE
- 3) COMPROBACION DE LA AUSENCIA DE MELANOMA EN OTRO SITIO PRIMARIO

SE DEBE SUBRAYAR QUE LA PRESENCIA DE ULCERACION FRECUENTE IMPIDE OBSERVAR LA ACTIVIDAD LIMITROFE.

EL MELANOMA AMELNOTICO ES UNA VARIANTE DEL MELANOMA QUE CARECE TOTALMENTE DE PIGMENTACION CLINICA Y HASTA HISTOLOGICA Y SOLO ES DEMOSTRABLE POR TINSIONES ESPECIALES.

ENFERMEDADES SISTEMICAS

ENFERMEDAD DE ADISSON

ES UNA ENFERMEDAD INSIDIOSA Y GENERALMENTE PROGRESIVA QUE SE PRODUCE POR HIPOFUNCION CORTICO-SUPRARRENAL.

EN LAS CARACTERISTICAS CLINICAS ENCONTRAMOS LA PRESENCIA DE DEBILIDAD, FATIGA E HIPOTENSION ORTOSTATICA QUE FIGURAN ENTRE LOS SINTOMAS PRECOCES. SUELE HABER HIPERPIGMENTACION CARACTERIZADA POR UN CURTIDO DIFUSO DE DIFERENTES PARTES DEL CUERPO, ESPECIALMENTE LOS PUNTOS DE PRESION (PROMINENCIAS OSEAS), PLIEGES CUTANEOS, CICRATRICES Y SUPERFICIES DE EXTENSION. SON COMUNES LAS PECAS NEGRAS SOBRE LA FRENTE (EFELIDES), CARA, CUELLO Y HOMBRO, DISCOLORACION NEGRO-AZULADAS DE LAS AREOLAS Y DE LAS MUCOSAS DE LOS LABIOS, BOCA, RECTO Y VAGINA.

LESIONES PIGMENTADAS

MELANOSIS FOCAL RACIAL

TODOS LOS SERES HUMANOS EXCEPTO LOS ALBINOS, POSEEMOS EN EL EPITELIO DE NUESTRA PIEL Y MUCOSA, CELULAS CAPACES DE PRODUCIR UN PIGMENTO CONTRA LOS RAYOS ULTRAVIOLETA DEL SOL. ESTAS CELULAS SE LLAMAN MELANOCITOS, LOS CUALES SON CELULAS DE ORIGEN NEUROECTODERMICO QUE SE ENCUENTRAN EN LA CAPA BASAL DEL EPITELIO, UNA DE CADA DIEZ CELULAS BASALES ES UN MELANOCITO; SON CELULAS CLARAS, CON PROLONGACIONES CITOPLASMATICAS CUYA FUNCION ES LA DE PRODUCIR MELANINA.

EN LOS NEGROS Y LAS RAZAS DE PIEL MORENA EXISTE UNA PRODUCCION CONSIDERABLEMENTE MAYOR DE ESE PIGMENTO, LOCALIZANDOSE LOS GRANULOS DE MELANINA EN LA CAPA BASAL DE EL EPITELIO. SE PUEDE OBSERVAR UN COLOR MORENO EN LA PIEL Y PECULIAR EN LA MUCOSA ORAL.

A ESTE COLOR MORENO SE LE LLAMA MELANOSIS RACIAL, LO QUE ES MAS O MENOS PROMINENTE SEGUN LOS ANTECEDENTES GENETICOS DE EL INDIVIDUO.

HISTOLOGICAMENTE SE OBSERVA UN MATERIAL GRANULAR CAFE EN LA MEMBRANA BASAL DE LOS EPITELIOS.

CLINICAMENTE NO TIENE SIGNIFICACION ALGUNA. ES UN ASPECTO NORMAL EN CIERTOS INDIVIDUOS DE PIEL OSCURA.

EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENCONTRAMOS EL ARGYRISMO (PIGMENTACION DE LA PIEL POR ESTAR EN CONTACTO CON SALES DE PLATA), PIGMENTACION POR BISMUTO.

NEVOS PIGMENTADOS

LOS NEVOS PIGMENTADOS SON LESIONES BENIGNAS QUE LA MAYORIA DE LOS AUTORES CONSIDERAN COMO TRASTORNO DE EL DESARROLLO AUNQUE OTROS AUTORES LOS CONSIDERAN NEOPLASIAS BENIGNAS.

SON PROLIFERACIONES BIEN CIRCUNSCRITAS DE CELULAS NEVITICAS (SON CELULAS DE EL MISMO ORIGEN QUE LOS MELANOCITOS PERO CARECEN DE PROYECCIONES CITOPLASMATICAS).

SE DICE QUE ESTAS CELULAS NEVITICAS EN SU MIGRACION HACIA EL EPITELIO DESDE LA CRESTAS NEURAL, DURANTE LA VIDA EMBRIONARIA, SE QUEDARON EN EL TEJIDO CONECTIVO Y NO LOGRARON LLEGAR AL EPITELIO COMO MELANOCITOS; ESTA ES UNA TEORIA DE SU ETIOLOGIA.

SUS CARACTERISTICAS CLINICAS SO LOS LLAMADOS LUNARES COMUNES, LA MAYORIA PRESENTAN UNA CANTIDAD VARIABLE DE ELLOS DISTRIBUIDOS EN LA PIEL Y MUCOSAS (INCLUYENDO LA ORAL).

SON MANCHAS O PAPULAS PIGMENTADAS DE SUPERFICIE LISA O BERRUCOSA ,CON O SIN BELLOS, DE COLOR DESDE ROSA (NEVO AMELANOTICO), PASANDO POR EL CAFE CLARO HASTA EL NEGRO-AZUL.

SON DE IMPORTANCIA CLINICA YA QUE SE HA VISTO QUE ALGUNOS DE ELLOS PUEDEN TENER TRANSFORMACION MALIGNA.

SEGUN SUS CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS SE HAN CLASIFICADO EN CUATRO TIPOS:

1)NEVO INTRADERMICO:ES EL LLAMADO LUNAR COMUN (ES EL TIPO QUE PRESENTA LA MAYORIA DE LAS PERSONAS). ES UN ACUMULO DE CELULAS NEVICAS EN EL TEJIDO CONECTIVO BAJO EL EPITELIO PERO SIN HACER CONTACTO CON EL. ESTE NEVO NO TIENE TRANSFORMACION MALIGNA.

2)NEVO DE UNION: ESTE NEVO ES UN CONJUNTO DE CELULAS NEVICAS PERO TIENE CONTACTO CON EL EPITELIO, ESTE ES CONOCIDO COMO ACTIVIDAD LIMITROFE. ESTE NEVO ENCIENTRAS CIRCUNSTANCIAS SE PUEDE TRANSFORMAR EN MALIGNO.

3) NEVO COMPUESTO: ESTE NEVO CONTINE SEMEJANZA DE LAS CARACTERISTICAS DE LOS NEVOS ANTERIORES PUES ES LA SUMA DE LOS DOS.

4) NEVO AZUL: ES UN ACUMULO DE MELANOCITOS ELONGADO CON PROCESOS DENDRITICOS RAMIFICANTES. RARA VEZ SUFRE TRANSFORMACION MALIGNA, SE PRESENTA EN CUALQUIER PARTE DE LA PIEL O MUCOSA Y EL DIAGNOSTICO DE QUE TIPO DE NEVO ES SE HACE SOLO POR BIOPSA. EN LA CAVIDAD BUCAL ES FRECUENTE ENCONTRARLO EN PALADAR(NEVO AZUL), EN MUCOSA YUGAL, LABIOS, ENCIA, Y LENGUA.

SE PRESENTA DESDE EL NACIMIENTO PERO EN LA ADOLESCENCIA ES CUANDO SE HACE MAS EVIDENTE.

SE RECOMIENDA HACER LA EXCISION QUIRURGICA DE LOS NEVOS QUE ESTAN EN ZONAS IRRITABLES COMO CUELLO, CINTURA, PIES, Y CAVIDAD ORAL Y ESTUDIAR HISTOLOGICAMENTE LA MUESTRA OBTENIDA EN LA BIOPSIA.

ES MUY IMPORTANTE QUE SI UN NEVO CRECE, SE HACE HIPERPIGMENTADO, SE ULCERA Y SANGRA REMITIR INMEDIATAMENTE AL PACIENTE CON UN ESPECIALISTA PARA BIOPSIAR, PUES ESTOS PUEDEN SER SIGNOS DE MALIGNIDAD.

MELANOCARCINOMA O MELANOMA MALIGNO

ES UNA NEOPLASIA MALIGNA, PERTENECE A LAS LESIONES MAS AGRESIVAS PARA EL SER HUMANO.

ES LA CONTRAPARTE MALIGNA DEL NEVO PIGMENTADO. ALGUNOS AUTORES HAN CLASIFICADO AL MELANOMA MALIGNO EN DOS TIPOS:

1) EL TIPO MELANOTICO QUE SE CREE SE ORIGINA DE UNA LESION MELANOTICA NO NEVOIDE COMO LA EFELIDE MELANOTICA Y DE HUTCHINSON.

2) TIPO NEVO CITICO QUE SE CREE SE ORIGINA DE UN NEVO DE UNION O COMPUESTO LA MAYORIA DE LOS AUTORES COINCIDEN EN QUE UN MELANOMA PUEDE ORIGINARSE DE UNA PIEL O MUCOSA SANA O DE UNA LESION PIGMENTADA PREEXISTENTE.

EL MELANOCARCINOMA PUEDE DESARROLLARSE DE LA SIGUIENTE FORMA: EN LA EFELIDE MELANOTICA DE HUTCHINSON (LENTIGO MALIGNO) COMO UN MELANOMA DE EXTENSION SUPERFICIAL (MELANOMA PREMALIGNO) O COMO UN NODULO.

LAS CARACTERISTICAS CLINICAS PUEDEN PRESENTARSE EN CUALQUIER PARTE DE LA PIEL O MUCOSA.

SE PRESENTAN GENERALMENTE DESPUES DE LOS TREINTA AÑOS.

ES UNA LESION HIPERPIGMENTADA QUE CRECE RODEADA DE HERITEMA, HAY HEMORRAGIA, EL COLOR VA DE AZUL A CAFE.

LA METASTASIS ES TEMPRANA Y MUY COMUN HACIA LOS GLANGIOS LINFATICOS REGIONALES E HIGADO, A PULMONES LA MAYORIA DE LOS CASOS QUE SE PRESENTAN TIENEN UN MAL PRONOSTICO YA QUE LAS LESIONES TIENDEN A DIFUNDIRSE ANTES DE QUE EL PACIENTE EMPIEZE A PREOCUPARSE POR SU LESION. SE PRESENTA COMO UN NODULO HIPERPIGMENTADO, ULCERADO Y SANGRANTE.

TIENE LA PREDILECCION POR EL REBORDE DEL PALADAR EN ZONA RETROMOLAR. SE PRESENTA EN HOMBRES EN RELACION DE 2 A 1 Y CON MAYOR FRECUENCIA A LOS CINCUENTA AÑOS.

HISTOLOGICAMENTE SE PRESENTA UNA PROLIFERACION DE CELULAS CUBOIDALES O FUSIFORMES Y TIENDEN A DISPONERSE EN FORMA COMPACTA O ALVEOLAR. ES COMUN LA PRESENCIA DE MELANINA, ESTAS CELULAS MALIGNAS INFILTRAN LOS TEJIDOS QUE LAS RODEAN.

EN EL TRATAMIENTO SE UTILIZA LA RESECCION QUIRURGICA RADICAL, CON DISECCION DE LOS NODULOS LINFATICOS REGIONALES.

SU PRONOSTICO ES RESERVADO Y TIENEN UNA SOBRE VIDA DESPUES DE LA INTERVENCION QUIRURGICA DE TRES A CINCO AÑOS.

LESIONES PIGMENTADAS

- D1 **TATUAJE POR AMALGAMA**
- D2 LA ENCIA ES UN LUGAR DE PIGMENTACION MAS COMUN DE COLOR AZULADO , NEGRUSCO O GRIS, LA MANCHA NO DEBE DE SER ELEVADA , PROVOCADA POR PEQUEÑAS PARTICULAS DE AMALGAMA.
- D3 CASO CLINICO.
- D4 CASO CLINICO.
- D5 **ARGIRIA.**
- D6 CAUSADA POR LA EXPOSICION CRONICA A PARTICULAS DE PLATA EL RESULTADO ES UNA PIGMENTACION PERMANENTE DE COLOR AZUL GRISACEO. NO PRESENTA SIGNOS NI SINTOMAS.
- D7 **PIGMENTACION POR BISMUTO.**
- D8 LA PIGNENTACION ES DE COLOR AZUL NEGRUSCO, EN UNA LINEA A LO LARGO DEL MARGEN GINGIVAL.
- D9 **CLOASMA.**
- D10 TAMBIEN CONOCIDO COMO MELANOMA DEL EMBARAZO. ES UNA MANCHA HIPER PIGMENTADA VISIBLE EN EL AREA DE LA NARIZ Y ZONA INFRAORBITARIA.
- D11 POSIBLE INCREMENTO EN EL NIVEL DE ACTH DURANTE EL EMBARAZO.
- D12 **VARICES LINGUALES.**
- D13 ES UNA VENA DILATADA O TORTUOSA COMUNMENTE SOMETIDA A UNA GRAN PRESION HIDROSTATICA Y MAL SOSTENIDA POR LOS TEJIDOS CIRCUNDANTES.
- D14 PRESENTE COMO RACIMOS ROJOS O VIOLETAS .
- D15 **ENFERMEDAD DE ADDISON.**
- D16 CARACTERIZADA POR FATIGA CONSTANTE, DIBILIDAD, ANOREXIA, NAUSIA, VOMITO Y PERDIDA DE PESO.
- D17 PROVOCADO POR USO CONTINUO DE ESTEROIDES Y LA INSUFICIENCIA RENAL AGRAVAN LA ENFERMEDAD.
- D18 LAS PIGMENTACIONES DE MUCOSA Y PIEL APRESEN GENERALMENTE EN UNA ETAPA PRIMARIA.
- D19 **HEMANGIOMA.**
- D20 LA MAYORIA DE ESTOS SON LESIONES SUPERFICIALES PREDOMINANTEMENTE EN CABEZA Y CUELLO.
- D21 EN CAVIDAD BUCAL PUEDEN PRESENTARSE DE FORMA PLANA O EXOFITICA, ROJOS O AZULADOS. LOS SITIOS MAS COMUNES SON LABIOS, LENGUA, MUCOSA Y PALADAR.
- D22 LAS LESIONES GENERALMENTE SE ENCUENTRAN ULCERADAS POR TRAUMATISMO.

- CONFUNDIDO RADIOGRAFICAMENTE CON UN QUISTE.
- D23 RADIOGRAFICAMENTE TIENE FORMA DE PANAL CON ESPICULA DE HUESO EXPANDIDAS EN LA PERIFERIA.
- D24 EL TIPO CAPILAE DEL HEMANGIOMA SE CARACTERIZA POR PEQUEÑAS LINEAS DE CAPILARES.
EL TIPO CAVERNOSO DENOTA UN TUMOR COMPUESTO POR LARGOS CANALES DE SANGRE O CAPILARES.
- D25 SINDROME DE PEUTZ-JEGHERS.
- D26 EL SIGNO MAS IMPORTANTE ES EL POLIPO GASTROINTESTINAL ENCONTRADOS EN EL TRACTO Y EN EL INTESTINO DELGADO. LOS POLIPOS NO ESTAN CATALOGADOS COMO PREMALIGNOS.
- D27 LA PIGMENTACION DE DE COLOR CAFE OSCURO O AZUL. PRESENTES ALREDEDOR DE LA NARIZ, OJOS Y BOCA. SE PRESENTAN TAMBIEN DENTRO DE LA BOCA Y ENTRE LOS DEDOS.
- D28 CASO CLINICO.
- D29 NEVO INTRADERMICO.
- D30 CELULAS NEVICAS DENTRO DE LA DERMIS. SE ENCUENTRAN EN FORMA CONCENTRADA.
ES EL NEVO MAS COMUN DE LA MUCOSA ORAL.
- D31 NEVO DE UNION.
- D32 CELULAS NEVITICAS PRESENTES DEBAJO DEL EPITELIO. VARIANDO LA CANTIDAD DE MELANINA PUEDE PRESENTARSE MELANOPLAQUIAS EN EL TEJIDO CONECTIVO. LOCALIZADA EN PALADAR Y MUCOSA BUCAL.
- D33 NEVO COMPUESTO.
- D34 POSEE CARACTERISTICAS DE AMBOS NEVOS. LAS CELULAS NEVITICAS ESTAN PRESENTES DENTRO DE EL EPITELIO ENTRE Y DEBAJO DE LA DERMIS.
ESTE ES UN ARGUMENTO PUEDE DAR ORIGEN A UN MELANOMA.
- D35 LENTIGO MALIGNO.
- D36 LESION PREMALIGNA DE LOS MELANOCITOS, PECA PIGMENTADA DE CRECIMIENTO LENTO Y POCO FRECUENTE.
SE OBSERVA EN INDIVIDUOS MAYORES DE 50 AÑOS.
- D37 TAMBIEN LLAMADO, LENTIGO MALIGNO DE HUTCHINSON, MELANOSIS PRECANCEROSA DE DUBREUILH, MELANOMA LENTIGOSO ACRAL.
- D38 HISTOLOGICAMENTE SE CARACTERZA POR AUMENTO DE PIGMENTACION EN LA CAPA DE LAS CELULAS BASALES Y DE EL NUMERO DE MELANOCITOS, TANTO NORMALES COMO ATIPIICOS.
SU LOCALIZACION PUEDE SER EN BOCA, MUCOSA BUCAL Y PALADAR.
- D39 MELANOMA.
- D40 TUMOR MALIGNO DE MELANOCITOS, CONSIDERADA COMO UNA DE LAS NEOPLASIAS DE MAYOR MALIGNIDAD.
EN DETECCION TEMPRANA Y TRATAMIENTO ADECUADO, EL

PRONOSTICO ES FAVORABLE.

- D41 ES MAS COMUN EN GENTE DE PIEL BLANCA, RUBIA O PELIRROJA. MUESTRA LINFOADENOPATIAS POR LA RAPIDA METASTASIS QUE PROVOCA.
LOS ORGANOS CON METASTASIS: CORAZON, PULMON Y CERE-
BRO.
- D42 PUEDEN MANIFESTARSE DE DOS FORMAS:
HISTORIA CORTO Y CRECIMIENTO RAPIDO. COMO MASA CRECI-
ENTE SOBRE UNA ZONA PIGMENTADA, PLANA DURANTE MESE O
AÑOS, DENOMINADA MELANOMA DE EXTENSION SUPERFICIAL.
- D43 LESION LOCALIZADA DE MENOS DE 0.75MM DE PROFUNDIDAD,
SU PRONOSTICO ES FAVORABLE.
CUANDO LA LESION MIDE 3MM O MAS DE PROFUNDIDAD SU
PRONOSTICO ES DESFAVORABLE.
- D44 CAMBIOS OBSERVADOS DE UNA LESION BENIGNA A MALIGNA.
CAMBIO DE TAMAÑO Y COLOR.
INFLAMACION Y ULCERACION.
- D45 CASO CLINICO.
- D46 CASO CLINICO.
- D47 CASO CLINICO.
- D48 CASO CLINICO.
- D49 CASO CLINICO.
- D50 CASO CLINICO.
- D51 CASO CLINICO.

BIBLIOGRAFIA

JOSEPH A. REGEZI, JAMES J. SCIUBBA, PATOLOGIA BUCAL, EDITORIAL INTERAMERICANA, 1991. PAGINAS: 130-135, 160-172.

MAJOR M. ASH, JR., ORAL PATOLOGY, EDITORIAL LEA AND FABIGER, SIXTH EDITION, 1992.

J. L. GIUNTA, PATOLOGIA BUCAL, EDITORIAL INTERAMERICANO, 3ERA. EDICION, 1985.

BERNIER; TRATADO DE ENFERMEDADES ORALES, EDITORIAL OMETÁ, 1ERA EDICION, 1962. PAGINAS: 295-299, 408-465, 760-763, 849-854.

BHASKAR, PATOLOGIA BUCAL, EDITORIAL EL ATENEO, 2DA EDICION, 1977.

EDWARD V. ZAGARELLI, DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA BUCAL, EDITORIAL SALUAT, 2DA EDICION, 1982. PAGINAS: 229-293, 338-340.

THOMA, PATOLOGIA ORAL, EDITORIAL SALUAT, 2DA REIMPRESION, 1983. PAGINAS: 857-859, 932-971.

SHAFER, TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL, EDITORIAL INTERAMERICANA, 2DA EDICION, 1986. PAGINAS: 18-30, 133-138, 599-603, 689.