

363

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**MODELOS CLÍNICOS DE LESIONES
PIGMENTADAS**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A**

ELSA GUADALUPE MORALES CASTILLO

**DIRECTOR: C.D. DANIEL QUEZADA RIVERA
ASESOR: M.O. BEATRIZ C. ALDAPE BARRIOS**

Vobc
Vobo

MÉXICO, D.F.

NOVIEMBRE 2001

299/194





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 esta 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.

AGRADECIMIENTOS

Gracias Señor, porque en silencio me has acompañado a lo largo de mi vida, y sin pedirme nada a cambio hoy me regalas la alegría de ver realizada una de mis mayores metas.

A mis queridos papás Lucilla y Claudio : gracias a su cariño, apoyo y ejemplo he logrado culminar una de las metas más importantes de mi vida, que a su vez, es la herencia más valiosa que me pueden dejar.
Gracias por estar siempre conmigo.

A mi esposo Ellequín: eres mi gran apoyo de todos los días y con tu cariño has logrado hacerme la mujer más feliz.

A mi chiquita Elsa Lu: representas mi motivo más grande de vivir y de superarme. Te quiero mucho.

A mi hermana Titis: te has convertido en un gran ejemplo para mí por tu dedicación y profesionalismo. Le agradezco a Dios por tenerte; gracias por ser mi mejor amiga.

Finalmente agradezco a los doctores Beatriz Aldape y Daniel Quezada por hacer de este seminario una grata experiencia tanto personal como de conocimientos; y por ayudarme a realizar este trabajo tan importante para mí.



INDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. ANTECEDENTES

- Modelos clínicos
- Tipos de modelos
- Método de estudio de un caso
- Aprendizaje basado en problemas
- Perspectivas futuras

3. GENERALIDADES DE PIEL Y MUCOSAS

- Piel
- Mucosa
- Pigmentación endógena

4. LESIONES PIGMENTADAS

- Lesiones pigmentadas por exposición solar u hormonal
 1. Cloasma o melasma
 2. Efélides
 3. Léntigo
- Lesiones pigmentadas benignas
 1. Manchas melánicas
 2. Melanosis del fumador
 3. Melanoacantoma
 4. Nevos
- Aspectos sugestivos de malignidad
 1. Asimetría
 2. Bordes mal definidos
 3. Color cambiante
 4. Diámetro mayor
 5. Elevación de la superficie



- Prevención de lesiones pigmentadas
- Síndromes relacionados con lesiones pigmentadas
 1. Síndrome de Peutz- Jeghers
 2. Enfermedad de Addison
 3. Síndrome de Von Recklinghausen
 4. Síndrome de Albright
- Lesiones pigmentadas malignas
 1. Melanomas
 2. Tumor neuroectodérmico de la infancia
- Pigmentación exógena
 1. Por metales pesados
 2. Por medicamentos
 3. Tatuaje por amalgama
 4. Tatuaje por elección

5. MODELOS CLÍNICOS

- Caso 1
- Caso 2
- Caso 3
- Caso 4
- Caso 5
- Caso 6
- Caso 7
- Caso 8

6. COMENTARIOS

7. REFERENCIAS



INTRODUCCIÓN

Todo dentista general moderno debería ser como un patólogo bucal; no desde el punto de vista de la microscopía, sino en un sentido más amplio, si quiere que su práctica sea global; es decir, que involucre no sólo el cuidado de los dientes, sino el de todos los tejidos de la cavidad bucal, cara, cabeza y cuello².

El objetivo de esta tesina, es facilitar el proceso enseñanza aprendizaje en el área de Patología Bucal en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), mediante la presentación de modelos clínicos que muestren las lesiones pigmentadas de mayor prevalencia en la población; lo que permitirá a los alumnos hacer un análisis de las principales características clínicas e histopatológicas de cada entidad, facilitando así la obtención de diagnósticos diferenciales, que evaluará y descartará, lo que conducirá al tratamiento adecuado, en beneficio del paciente.

Los modelos clínicos permitirán al alumno tener a su alcance un registro de casos de las lesiones pigmentadas más frecuentes en la mucosa bucal, los cuales no se presentan con regularidad, en las Clínicas de la Facultad de Odontología; ya que aquellos que llegan a detectarse son canalizados directamente a la División de Estudios de Posgrado, por lo cual la práctica en el diagnóstico de este tipo de lesiones es limitada.



Los modelos fueron tomados de casos clínicos recientes registrados en internet y en revistas especializadas sobre el tema.

Los modelos clínicos son una propuesta pedagógica que intenta hacer más práctico el aprendizaje de Patología Bucal en la Carrera de Cirujano Dentista.



ANTECEDENTES

MÓDELOS CLÍNICOS

Hace apenas unos años que el término "simulación" se ha popularizado. Aunque, ya en la década de los años 60, la tecnología ofrecía tanto para el desarrollo del proceso de enseñanza como para la evaluación de competencias en la resolución de problemas, su empleo se circunscribía a esferas de acción muy reducidas. Una de las principales razones era la sospecha de un costo elevado que la sola palabra "simulador" suponía. Entonces fue necesario demostrar las grandes posibilidades de la simulación en cuanto a la obtención de magníficos resultados en la enseñanza y evaluación de muchas situaciones de la vida cotidiana.

La simulación consiste en colocar al individuo en una situación realista, donde se le confronta con un problema para que lo resuelva mediante una secuencia de selección de alternativas, toma de decisiones, y desarrollo de acciones³.

PRESENTACIÓN DE UN MODELO

Los modelos son representativos de la realidad que muestran los elementos principales de un fenómeno o evento dado y sus interrelaciones. La característica principal de los modelos es que permiten reconstruir estructuras y/o funciones de un evento dado. Es por ello que los modelos son herramientas de gran utilidad en el trabajo científico³.



Un modelo es algo que se copia. Intenta estar lo más cerca posible a la forma perfecta o ideal de algo, o ser por lo menos una versión aceptable o satisfactoria⁶.

En el salón de clases el profesor mismo puede actuar como un modelo, exhibiendo las actitudes y conductas que desea sean adquiridas por sus estudiantes, o puede proveer un modelo externo mediante una conferencia, una película o el estudio de un caso.

La presentación de estos modelos tiene las siguientes ventajas:

- Puede incorporarse fácilmente a la enseñanza de habilidades y conocimientos.
- Es un método sutil pero poderoso en tanto que el modelo sea diseñado metodológicamente para que les sea útil a los estudiantes.
- Es natural, en tanto que el modelo exhiba las situaciones honestamente.

Las limitaciones en la aplicación de los modelos se mencionan a continuación:

- Si los estudiantes no respetan ni se identifican con el modelo, sus actitudes no cambiarán positivamente.
- Ningún modelo puede ser ejemplo para todo.
- El modelo debe ser lo más cercano a la realidad para que los alumnos se ejerciten en los métodos de diagnóstico³.

TIPOS DE MODELOS

Modelos verbales. Estos son de presentación lineal, confrontamos uno por uno los elementos.



Modelos gráficos. Presentados a través de diagramas, esquemas e imágenes, que suelen presentar en forma simbólica, un objeto real.

Modelos matemáticos. La expresión matemática es también representación.

Modelos físicos. Representación tridimensional de la realidad³.

Todos los tipos de modelo mencionados anteriormente son estáticos, porque muestran la estructura del sistema, pero no exponen satisfactoriamente las funciones o procesos dinámicos. Es sobre la base de esta característica que podemos distinguir un quinto tipo de modelo: la simulación, que es un modelo operativo³.

MÉTODO DE CASOS DE ESTUDIO

El método de caso de estudio utiliza una historia real o una descripción de un hecho por un observador desde su punto de vista y usando los datos de que se disponga. Los casos de estudio se estructuran y usan en la enseñanza de modos diferentes. Antes de leer uno de ellos, es importante determinar cómo se puede utilizar en clase y con qué fin⁶.

En el caso de estudio sobre una situación "tipo" e incluso "atípica, se presenta una descripción corta de una situación problema, si los estudiantes hacen las preguntas correctas se les da más información, ellos asumen el papel de la persona que toma las decisiones tratando de dilucidar el problema.

En los casos de estudio para estimular el razonamiento inductivo o deductivo, el instructor pide a los estudiantes que lean y analicen un caso. Se hace menos énfasis en la conducta a seguir para resolver un problema inmediato y más en el análisis del desarrollo del problema, así como su solución.



El docente permite por medio de la aplicación de éstos ejercicios, desarrollar habilidades en la toma de decisiones y solución de problemas y además fomenta la retroalimentación.

VENTAJAS:

- A los estudiantes les gusta éste método porque los casos reales estimulan un alto interés.
- Aprenden más y se motivan para buscar información que les sirva para el caso.
- Se capacitan para actuar efectivamente en el mundo real, porque se han entrenado interpretando los papeles que más tarde desempeñarán en la toma de decisiones⁶.

DESVENTAJAS:

- Los estudiantes, inicialmente sienten frustración y desánimo por la falta de dirección y piensan que están perdiendo el tiempo.
- Este método generalmente supone un conocimiento teórico sobre las patologías relacionadas.
- Los casos tienden a simplificar situaciones reales, ya que si se incluyeran todas las variables, éstos serían muy largos y complicados⁶.

A continuación se expone un **modelo de estudio** de un caso tal como se emplea en la "*Harvard Bussines School*". En el planteamiento utilizado en Harvard se enseña al alumno principalmente mediante el método de estudio de un caso. Esto implica varias etapas:



-
- Se solicita a los estudiantes que lean casos en los que se describe un problema determinado.
 - Se analiza y discute el caso en la clase.
 - Se solicita a los estudiantes que aporten pruebas procedentes de sus lecturas sobre el caso, a fin de apoyar las recomendaciones y decisiones relacionadas con la solución del problema.

Este proceso contribuye a agudizar las habilidades de los estudiantes para analizar y resolver problemas, al tratar con una multiplicidad de variables e influencias que interactúan como parte del mundo real².

APRENDIZAJE BASADO EN LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Este método de enseñanza médica consiste en el aprendizaje comprendido por los estudiantes en respuesta a su confrontación con un problema clínico o biomédico, sus características originales son:

- Una completa inversión del orden tradicional del aprendizaje: "Aquí hay un problema, aprende a partir del mismo", sustituye al tradicional: "aprende esto y después serás capaz de resolver problemas clínicos".
- Un enfoque deliberado sobre el proceso de razonamiento clínico.
- Un enfoque deliberado sobre el proceso y la eficacia del aprendizaje de los estudiantes².

A medida que efectúan esta tarea, adquieren conciencia de las áreas en que sus conocimientos, comprensión o habilidades son inadecuados, y a continuación plantean sus propias preguntas, cuyas respuestas les ayudarán a resolver las áreas de duda autoidentificadas².



La selección de problemas adecuados asegura la adquisición por parte de los estudiantes de un núcleo central de conocimientos e información relevantes, además debido a que ellos pueden observar la importancia de lo que aprenden, se registra un aumento de la motivación para aprender, y lo más importante, los estudiantes conservan los nuevos conocimientos en la memoria en un formato accesible para la resolución de problemas clínicos.

De este modo, la responsabilidad del aprendizaje recae sobre el estudiante, tal como debe ser; y el profesor se convierte en un consultor docente más que en un proveedor de información.

La selección de los problemas clínicos deben efectuarse utilizando criterios tales como frecuencia, prevención, importancia del diagnóstico adecuado y tratamiento del caso clínico²:

PERSPECTIVAS FUTURAS

MULTIMEDIA EN MEDICINA

Multimedia, es la presentación de la información basada en la computadora que combina dos o más de los siguientes medios: texto, sonido, imágenes, video o animación⁸.



TELEMEDICINA

Sistema integrado de servicios médicos, proporcionado por las telecomunicaciones y la tecnología de cómputo, que sustituye el contacto cara a cara entre el paciente y el médico, sin importar la distancia, lo que permite ampliar la cobertura de atención médica en regiones geográficas carentes de este servicio.

Tiene enorme trascendencia porque está transformando notablemente la forma de hacer diagnóstico, tratamiento y vigilancia del paciente. Las especialidades médicas que con mayor interés la han incorporado a sus actividades son: radiología, patología, cardiología y cirugía⁸.

UNIVERSIDAD VIRTUAL

El concepto de universidad virtual responde a las tendencias tecnológicas en materia de computación y telecomunicaciones. No es solo la incorporación de tecnologías en el aula, implica una serie de cambios en los modelos de enseñanza que produce amplias ventajas sobre los métodos tradicionales; tales como: educación integral, mejora la educación continua, elimina la restricción de horarios, proporciona cursos altamente especializados impartidos por universidades locales y de todo el mundo, accesos a bancos de imágenes, simuladores y grandes bases de datos en línea⁸.



Uno de los factores que ha impulsado el desarrollo de la universidad virtual es Internet. Las videoconferencias, telecirugías didácticas, interconsultas, y la universidad virtual transformarán la vida en universidades y hospitales, incluyendo estudiantes, profesores e investigadores⁸.



LESIONES PIGMENTADAS

COMPONENTES GENERALES DE PIEL Y MUCOSAS

PIEL

La piel es un órgano complejo con muchas funciones importantes. Sirve como una barrera mecánica, participa en el proceso de termorregulación, ayuda a iniciar algunas funciones inmunológicas, participa en la melanogénesis y protege contra los efectos de la luz ultravioleta¹¹.

La piel está constituida por dos capas: **epidermis y dermis**. Las funciones específicas de la piel dependen en gran medida de las propiedades de la epidermis, que es un epitelio escamoso estratificado queratinizado. Este epitelio forma una cubierta celular ininterrumpida por toda la superficie externa del cuerpo, pero se especializa también para formar ciertos apéndices cutáneos: el pelo, las uñas y las glándulas.

Sus células producen una proteína fibrosa, la queratina, que es esencial para la función protectora de la piel, y también melanina, el pigmento que protege contra la irradiación ultravioleta. La epidermis da origen a dos tipos de glándulas, uno de los cuales produce una secreción acuosa, el sudor, y el otro, una secreción aceitosa, el sebo⁹.

En la **epidermis** pueden distinguirse cuatro capas principales:

1. Estrato basal: es el principal responsable de la continua renovación de la epidermis.
2. Estrato espinoso: muestra numerosos gránulos pequeños llamados gránulos laminados o gránulos para el recubrimiento de membranas.
3. Estrato granular: contiene células que secretan lípidos impermeables al agua que son esenciales para la función de barrera de la epidermis.



4.- Estrato córneo: compuesto casi en su totalidad por células queratinizadas⁹.

La epidermis carece por completo de vasos sanguíneos, se nutre por difusión de los capilares del tejido subyacente.

La **dermis** está compuesta de tejido conectivo, principalmente colágeno, y de fibras elásticas. Estructuras anexas como músculos, vasos sanguíneos y nervios están situados en la dermis y el tejido subcutáneo¹¹.

El grosor de la dermis no puede medirse exactamente porque se une a la capa subcutánea sin que exista un límite definido. El grosor promedio es de 1 a 2 mm. La superficie externa de la dermis está en contacto con la epidermis y es regular, está elevada en las papilas que penetran en las cavidades que hay entre las crestas de la cara interna de la epidermis. Esta superficie, tallada en relieve, se llama estrato papilar, y la región principal más profunda de la dermis se llama estrato reticular⁹.

MUCOSA

La **mucosa**, está formada por una capa superficial de epitelio, especializado en cada región para distintas funciones; y una capa de soporte de tejido conjuntivo laxo, la lámina propia.



El epitelio de la mucosa de la boca es de tipo plano estratificado, parecido al de la piel, pero no sufre de queratinización completa. Las células superiores se están descamando continuamente y caen en la saliva. El límite externo de la mucosa está señalado por una delgada capa de músculo liso, la muscular de la mucosa, por debajo de ella se encuentra una capa de tejido conjuntivo laxo, la submucosa, en esta capa se encuentran muchos vasos sanguíneos, nervios y nódulos linfáticos. Donde falta la muscular de la mucosa hay una transición gradual entre lámina propia y submucosa⁹.

PIGMENTACIONES ENDÓGENAS

El color de la piel es el resultado de tres componentes principalmente: el color amarillo, atribuible en parte al **caroteno**; la **oxihemoglobina** del lecho vascular subyacente le imparte un color rojizo, mientras que los tonos de pardo o negro son debidos a la cantidad variable de **melanina**. De estas tres sustancias sólo la melanina es producida por la piel, es producto de unas células especializadas llamadas **melanocitos** que están localizados en la capa basal de la epidermis⁹.

Los **melanocitos** son células dendríticas que tienen su origen en la cresta neural del embrión e invaden la piel entre el tercero y sexto mes de vida intrauterina, en la epidermis, se encuentran en la membrana basal y sus procesos dendríticos se extienden en todas direcciones. Los melanocitos producen y secretan la melanina, la función más importante de la melanina es proteger de los efectos dañinos de la radiación ultravioleta¹¹.



Aunque los gránulos de melanina se encuentran también en los queratinocitos, sólo se forman en los melanocitos epidérmicos, porque sólo estas células poseen la enzima tirosinasa, necesaria para la síntesis del pigmento.

Los gránulos de melanina ya maduros son transferidos desde los melanocitos a los queratinocitos mediante una actividad llamada secreción citócrina por medio de las prolongaciones dendríticas de los melanocitos.

Los melanocitos son dos veces más numerosos en las mejillas, en la frente y en las áreas genital, nasal y oral que en otras partes del cuerpo. Las diferencias raciales de color se atribuyen a diferencias en la cantidad de pigmento que los melanocitos producen y transfieren a los queratinocitos⁹.

Los principales pigmentos endógenos son:

MELANINA: Es el pigmento principal de las células, el pigmento pardo de la piel y el pelo, el iris del ojo y de la sustancia negra del cerebro.

Se presenta ligado a una proteína estructural de unos gránulos densos llamados melanosomas, éstos se forman en el aparato de Golgi y se distribuyen por el citoplasma de los melanocitos⁹.

HEMOSIDERINA: Pigmento pardodorado rico en hierro contenido en células del hígado, del bazo y de la médula ósea. Aparece de ordinario en el citoplasma de células fagocíticas que participan en la degradación de la hemoglobina de los eritrocitos envejecidos. La cantidad de este pigmento se incrementa mucho en enfermedades en las cuales aumenta la velocidad de destrucción de los eritrocitos⁹.

LIPOFUSCINA: Sustancia pardoamarillenta, también llamada pigmento lipocromo, los depósitos son frecuentes en las células e animales jóvenes, pero aumentan en cantidad a medida que avanza la edad, lo que condujo a designarlo como pigmento de utilización y desgaste⁹.



LESIONES PIGMENTADAS

Las células productoras de melanina (melanocitos) se dirigen hacia el epitelio y se depositan entre las células basales. Los organelos que contienen gránulos de pigmento (melanosomas) no se mantienen dentro de la célula en sí, sino que liberan hacia los queratinocitos que los rodean y en ocasiones hacia los macrófagos subyacentes.

La luz, las hormonas y la constitución genética influyen en la cantidad de pigmento que se produce. Cuando se estimula la producción de pigmentos de modo local o sistémica pueden causar enfermedades de la mucosa bucal que van desde la pigmentación fisiológica hasta las neoplasias malignas²⁰.

LESIONES PIGMENTADAS POR EXPOSICIÓN SOLAR U HORMONAL

EFÉLIDES: Las efélides o pecas son manchas pequeñas (< 5mm. de diámetro) de color café que se presentan con gran frecuencia sobre todo en la infancia en las áreas expuestas al sol.

No está indicado el tratamiento ya que no es una lesión muy importante.



Fig. 1 Efélides alrededor de boca.



CLOASMA O MELASMA: Las lesiones aparecen como parches cafés, simétricos, bien circunscritos en los carrillos, labios, frente o sienes. Afecta con mayor frecuencia a mujeres que a varones y no hay predilección racial.

En las máculas del melasma los melanocitos son numerosos y más productivos de lo normal; se desconoce la causa de activación de éstas células, sin embargo, se cree que hay factores importantes como: uso de anticonceptivos orales, embarazo, cambios hormonales y la luz solar.

El tratamiento no es específico, un agente bloqueador tópico como la hidroquinona, reduce la intensidad de la lesión^{20,13}.

LÉNTIGO: Se presentan lesiones dérmicas frecuentes, pero son raros en la cavidad bucal. Aparecen como máculas cafés, casi siempre en el paladar, encía y labios; son más grandes que las pecas y por lo regular se asocian con la exposición solar y la edad. A nivel microscópico hay hiperplasia melanocítica benigna junto con elongación de los bordes de redes, más que un simple aumento en la producción de melanina. No es maligno y su importancia es solo estética²⁰.

LESIONES PIGMENTADAS BENIGNAS

MANCHAS MELÁNICAS: Término que se utiliza en sentido clínico para describir una lesión pigmentada local, se puede referir a: 1) punto idiopático pigmentado, 2) una efélide intrabucal, 3) pigmentación posinflamatoria, 4) máculas asociadas con el síndrome Peutz- Jeghers o la enfermedad de Addison. Son asintomáticas y en apariencia no tienen probabilidad maligna. Puede requerirse biopsia para establecer el diagnóstico definitivo de la lesión. No está indicado ningún tratamiento^{20,13}.

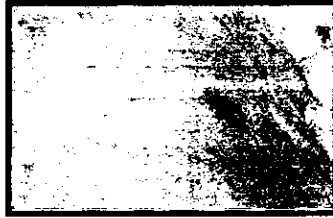


Fig. 2 Pigmentación local en paladar duro

MELANOSIS DEL FUMADOR: Es la pigmentación melánica anormal que se relaciona con el cigarrillo. Se piensa que la patogenia se liga con un componente del tabaco que estimula a los melanocitos, también se cree que las hormonas sexuales femeninas actúan en este tipo de pigmentación ya que afecta con mayor frecuencia a mujeres que a hombres.

La localización típica es la encía labial anterior. La intensidad de la pigmentación se relaciona con el tiempo y la cantidad de tabaco que se fuma. La lesión mejora meses o años después de suspender el tabaquismo²⁰.



Fig. 3 Melanosis del fumador en encía vestibular.

MELANOACANTOMA: Estas lesiones tienen una presentación clínica y curso diferente que las lesiones histológicamente similares en la piel. Se presentan como lesiones pigmentadas planas en la mucosa bucal, casi exclusivamente en individuos de color.



Los enjuagues bucales, los dispositivos protésicos y otros traumas dentales han sido implicados como los factores causales en el desarrollo de estas lesiones.



Fig.4 Melanoacantoma

El exámen microscópico muestra acantosis, espongirosis ocasional y un número aumentado de melanocitos dendríticos. Los melanocitos no solo están en el área de la membrana basal, sino también en la capa de células esponjosas. La biopsia es necesaria para establecer el diagnóstico. El tratamiento consiste en remover cualquier irritante o fuente de trauma¹².

NEVOS: Son agrupaciones de células nevosas, muy similares a los melanocitos. Su origen no se conoce bien, pero se piensa que derivan de células pigmentarias que migran desde la cresta neural o que se desarrollan a partir de melanocitos alterados (producción excesiva de melanocitos alterados). Son con frecuencia lesiones papulares que aparecen poco después del nacimiento, se localizan en cualquier sitio, aunque los intrabucuales son poco frecuentes

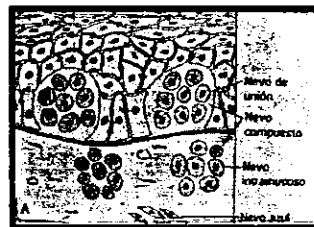


Fig. 5 Esquema de la localización de los nevos.



- Nevo intradérmico (intramucoso): Las células del nevo se localizan en la dermis o en la mucosa ¹⁴. En la piel son nódulos pardos, elevados de los que con frecuencia sobresalen pelos ¹³.



Fig. 6 Esquema de un nevo intramucoso.

- Nevo de unión: La mayoría aparece en la infancia y evolucionan a nevo compuesto o dérmico, hay nidos cohesionados en la zona de unión en el extremo de las crestas interpapilares. Cuando un nevo muestra pruebas microscópicas de actividad en la unión, debe sospecharse una alteración premelanomatosa ¹³.
- Nevo compuesto: Los nidos están en la zona de unión y en la dermis superficial, el componente de unión es idéntico al nevo de unión y el dérmico está constituido por nidos o melanocitos en cordones o trabéculas ¹⁴.

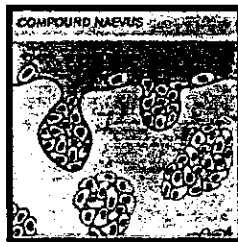


Fig. 7. Esquema de nevo compuesto.



- Nevo azul: Es azul porque las células melanocíticas se encuentran en la profundidad del tejido conjuntivo y los vasos suprayacentes oscurecen la coloración parda de la melanina¹³.



Fig. 8 Esquema de nevo azul.

Los nevos intramucosos son los que se presentan con mayor frecuencia en la cavidad bucal y después de estos, los nevos azules, sobre todo en el paladar.

El diagnóstico diferencial es con máculas melanóticas, tatuaje por amalgama y melanoma. Tiene poca probabilidad de transformación maligna y se recomienda la biopsia excisional ya que el tamaño por lo general es < a 1 cm .¹⁴

ASPECTOS SUGESTIVOS DE MALIGNIDAD

Los melanomas se desarrollan sobre neoplasias melanocitarias previas congénitas o adquiridas (nevos melanocíticos atípicos o displásicos) o sobre la piel previamente normal. La malignización de los nevos es excepcional (< 1/100.000), por tanto la diferenciación entre las lesiones adquiridas y congénitas, y la diferenciación de los nevos displásicos y los melanomas en sus fases iniciales es fundamental¹⁵.



Por ello se han intentado definir rasgos clínicos que orientan hacia la vigilancia, derivación o extirpación de una lesión melanocítica. La regla más conocida es la llamada del abecedario, A- B- C- D- E, que se resume a continuación:

- A- asimetría de los bordes
- B- bordes mal definidos, digitiformes
- C- color cambiante, tonos más oscuros o rojizos
- D- diámetro mayor de 6mm.
- E- elevaciones de la superficie (papulosis)¹⁵

Si una lesión melanocítica presenta signos de sospecha como los que hemos referido debe controlarse de forma evolutiva, y en caso de duda derivarla para valoración de un dermatólogo.¹⁵

Existen signos de alarma ante los que debe plantearse una actuación inmediata, extirpando la lesión sin traumatizarla, de modo que nos permita realizar un estudio histológico seriado. Estos signos de alarma son los siguientes:

- 1.- Modificaciones súbitas en la superficie, tamaño, contorno y/o coloración de una lesión.
- 2.- Presencia de un halo inflamatorio alrededor de una lesión pigmentada.
- 3.- Aparición de manchas y/o nódulos contiguos a una lesión.
- 4.- Presencia de exudado, ulceración y/o hemorragia.
- 5.- Comezón o dolor.
- 6.- Presencia de adenopatías regionales¹⁵



FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR NEVOS Y MELANOMAS.

Aparte de estos signos de sospecha que podemos valorar en cada lesión en particular, hay condiciones generales del individuo, en muchos casos determinadas genéticamente, que hacen a unos sujetos ser más susceptibles de desarrollo de melanoma. Estos factores son los siguientes:

- Exposición intensa a radiación ultravioleta
- Historia familiar o personal de melanoma maligno
- Síndrome de nevo displásico
- Piel, cabellos y ojos claros
- Piel con tendencia a quemarse y no broncearse tras exposición solar.
- Quemaduras solares ampollosas y dolorosas¹⁵

PREVENCIÓN

Debido a que la radiación solar se reconoce, en mayor o menor medida, como factor que origina el cáncer de piel, la prevención comienza con la implementación de una buena protección de la piel, especialmente en grupos de riesgo¹⁶.

Esto implica el uso adecuado de protectores solares con un alto factor de protección, ropas, sombreros y permanencia en la sombra.

Hay que evitar las exposiciones solares, especialmente durante el horario del mediodía, entre las 10 y las 16 hrs., realizar un autoexamen de la piel en forma periódica.

La consulta precoz ante cualquier lesión nueva que crece, que no cura en un término de tres semanas, o un lunar que cambia su aspecto, o una mancha de colores irregulares que crece con rapidez, es determinante para un diagnóstico oportuno¹⁶.



SÍNDROMES RELACIONADOS CON LESIONES PIGMENTADAS

SINDROME DE PEUTZ- JEGHERS: Trastorno hereditario, autosómico dominante, que presenta, además de las efélides y otras máculas melanóticas, poliposis intestinal. Los pólipos son hamartomatosos y no presentan potencial neoplásico. Se encuentran, por lo general en el intestino delgado y pueden producir signos y síntomas como dolor abdominal, hemorragia rectal y diarrea^{20,13}.

ENFERMEDAD DE ADDISON: O insuficiencia corticosuprarrenal primaria, puede producirse por una infección de la glándula suprarrenal y enfermedad autoinmunitaria idiopática. Con la reducción en la producción de cortisol, aumenta la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) y la hormona melanocito- estimulante (MSH), lo que estimula los melanocitos y origina pigmentación difusa de la piel. Se presentan efélides bucales y máculas melanóticas mayores^{20,13}.

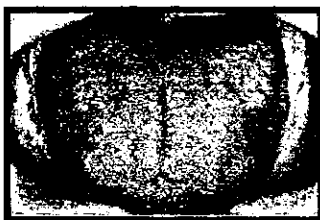


Fig. 9 Pigmentación severa de lengua por Enfermedad de Addison.



SÍNDROME DE ALBRIGHT: Los pacientes presentan displasia fibrosa polioestótica, pubertad precoz y otras endocrinopatías. La observación de seis o más manchas café con leche sugiere neurofibromatosis. Se observan máculas cutáneas grandes (> 2cm.) que ocurren durante la infancia y presentan bordes irregulares. Se oscurecen con la exposición a la luz ultravioleta y no desaparecen al suspenderla, ni con la edad. Se observan menos de seis manchas café con leche^{20,13}.

SÍNDROME DE VON RECKLINGHAUSEN: Se desarrollan neurofibromas múltiples con potencial maligno y con frecuencia efélides, en especial de las axilas (signo de Crowe). Se observan de seis a más manchas café con leche²⁰.

LESIONES MALIGNAS

MELANOMAS: Derivan de la transformación maligna de melanocitos o de células nevosas. Los factores predisponentes en las lesiones de la piel incluyen: Cantidad de exposición al sol (aumento de riesgo), aumento de pigmentación de la piel (reducción de riesgo) y lesiones precursoras como nevos congénitos y displásicos. En la boca, se cree que la melanosis preexistente aparece previa al desarrollo de melanoma.



Fig. 10 Melanoma en paladar duro



El conocimiento de fases de crecimiento radiales y verticales de los melanomas determina que estas lesiones se clasifiquen en varias entidades²⁰:

Melanosis bucal: ocurren de manera predominante en paladar duro y encía. Los melanomas bucales son mucho menos frecuentes que los cutáneos, ocurren en la población mayor de cincuenta años y no presenta predilección por ningún sexo.

Melanoma de extensión superficial: Es la forma más frecuente de melanoma, se desarrolla en el transcurso de varios años y aparece como una placa pigmentada bien definida. La fase de crecimiento radial consiste en una mácula o placa de color pardo, marrón o negro que presenta un contorno irregular. Con frecuencia hay una o más lesiones satélites cercanas.²⁴ Después de varios años inicia una fase de crecimiento vertical que posee potencial metastásico. A causa de su prolongada fase de crecimiento radial el pronóstico es mejor que el del melanoma nodular.²⁰

Melanoma lentiginoso acral: Son un grupo pequeño de melanomas que se presentan alrededor del nacimiento de las uñas, palmas de las manos, plantas de los pies y en raras ocasiones de manera intrabucal. La diferencia de este melanoma con el melanoma maligno superficial es solo teórica^{20, 24}. Empieza en forma de una mácula abigarrada marrón con bordes irregulares; cuando el tumor aumenta de tamaño se convierte en ulcerado, papuloso o nodular, lo cual indica su transición a la fase de crecimiento vertical.²⁴

Melanoma nodular: Aparece como una lesión elevada de pigmentación oscura en la piel o en la mucosa, compuesta por células malignas con una fase de crecimiento radial corta o ausente y un patrón de crecimiento vertical



destacada, de modo que puede invadir todo epitelio e incluso el tejido conectivo subyacente. Esta forma de melanoma es invasor desde su inicio y produce metástasis desde las primeras etapas por lo que su pronóstico es malo.^{20, 24}

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Tatuaje por amalgama, pigmentación fisiológica, nevo; considerando simetría, uniformidad e igualdad de la pigmentación, para diferenciación de estas lesiones.

TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO: La clave del tratamiento del melanoma es su diagnóstico precoz mientras está todavía en fase de crecimiento radial, seguido por extirpación quirúrgica inmediata de la lesión.²⁴ La intervención quirúrgica persiste como la principal forma de tratamiento, aunque con frecuencia se utiliza quimioterapia y en ocasiones inmunoterapia como coadyuvantes. La radioterapia no se emplea como método primario de tratamiento.

El pronóstico se establece según el subtipo histológico y la profundidad de los tumores invasores. La supervivencia a cinco años de los pacientes con melanomas cutáneos es cercana a 65% y en los bucales se encuentra alrededor de 20%. Después de los cinco años la tasa de vida es aún más baja²⁰.

TUMOR NEUROECTODERMICO MELANÓTICO DE LA INFANCIA (TNMI): Es una lesión poco frecuente; se cree que proviene de la cresta neural.

El TNMI se presenta por lo común como un crecimiento rápido, no ulcerado, de color oscuro en el maxilar de infantes, por lo general en menores de seis meses de edad.



Radiográficamente, las lesiones se muestran como destrucciones difusas del hueso (zonas radiolúcidas), que son altamente sugestivas de malignidad. El tratamiento es la excisión quirúrgica conservadora, con poca posibilidad de recurrencia^{12,13}.

PIGMENTACIÓN EXÓGENA

POR METALES PESADOS: Algunos metales pesados (arsénico, bismuto, platino, plomo y mercurio) son responsables de las pigmentaciones bucales; éste fenómeno se presenta después de una exposición ocupacional a los vapores de estos metales. En tiempos pasados se utilizaron arsénico y bismuto para enfermedades como la sífilis, líquen plano y dermatosis, lo que proporcionaba depósitos bucales de metales pesados.

Se presentan como lesiones de color gris o negro de distribución lineal en los bordes de la encía^{20,21}

POR MEDICAMENTOS: La pigmentación que se asocia con la tetraciclina se puede encontrar después del tratamiento de acné con altas dosis prolongadas con minociclina, se observa pigmentación difusa de piel, piernas, área periorbital, paladar y raíces de los dientes.

Otros fármacos exógenos que producen pigmentación de los tejidos bucales incluyen: aminoquinolinas, ciclofosfamida y zidobudina (se utiliza en el tratamiento de pacientes con SIDA, y también produce pigmentación de las uñas²⁰).

TATUAJE POR AMALGAMA: O argirosis local, es una lesión yatrógena que se presenta después de la implantación traumática de partículas de amalgama en los tejidos blandos.



Es la pigmentación bucal más frecuente, los tejidos que más se afectan son la encía, la mucosa bucal y la lengua. Las lesiones son maculares, grises y no cambian con el tiempo. Debe realizarse biopsia en cualquier lesión dudosa. Se confirma radiográficamente²⁰.



Fig. 11 Tatuaje por amalgama en piso de boca.

TATUAJE POR ELECCIÓN: Es la pigmentación de tipo permanente que ha sido colocada en cualquier parte del cuerpo por deseo y consentimiento de la persona^{12,22}.



ELSA G. MORALES CASTILLO

MODELOS CLÍNICOS



CASO 1



Fig. 1.1 Pigmentaciones azul oscuro en el dorso de la lengua de un recién nacido.

Un niño recién nacido presenta tres máculas azul oscuro en el lado izquierdo del dorso de la lengua, las cuales no cambiaron hasta la edad de 6 meses. Se le realizó biopsia¹⁷.

- En el diagnóstico diferencial las lesiones a considerar serían:
 - a) Hemangioma.
 - b) Melanoma
 - c) **Pigmentación fisiológica**
 - d) Nevo
 - e) Equimosis

- Escribe una breve explicación de cada lesión, a fin de poder descartar cada una hasta llegar a un probable diagnóstico:

Hemangioma: al hacer presión se hacen blancos o desaparecen.

Melanoma: el melanoma se presenta en adultos mayores de 40 años

Pigmentación fisiológica: coincide con la edad y la focalización de la lesión.



Nevo: los nevos congénitos pueden aparecer poco después del nacimiento.

Equimosis: generalmente aparece después de un traumatismo y desaparece en pocos días.

HISTOPATOLÓGICAMENTE

- El espécimen de la biopsia mostró un incremento de melanina en las células basales y melanófagos subepiteliales, por lo tanto el diagnóstico es:

Pigmentación fisiológica.

Esta pigmentación se origina por un estímulo en la producción de melanina de modo local, es simétrica y persistente y no altera la arquitectura normal, se localiza en cualquier sitio y aparece a cualquier edad²⁰.

TRATAMIENTO: No requiere de tratamiento²⁰.



CASO 2



Fig. 2.1 Mácula difusa de color gris en paladar duro de un paciente de 34 años de edad.

Hombre de 34 años de edad, granjero, que se presenta en la clínica para la extracción de los terceros molares. En el examen bucal se observa una mácula color gris, de bordes difusos, en el paladar duro, asintomática, de tres años de evolución, que también se encuentra en las uñas y en el ala de la nariz. Es fumador excesivo desde hace 9 meses y refiere haber consumido durante 10 años Atabrine (clorhidrato de quinacrina, [antihelmíntico y antipalúdico]) para la "sensibilidad al sol"¹⁸.

- Los diagnósticos diferenciales más probables son:
 - a) Melanosis del fumador
 - b) Nevo azul
 - c) **Pigmentación por medicamentos**
 - d) Melanoma



Fig. 2.2 Máculas difusas de color gris en las alas de la nariz del mismo paciente.

- Escribe una breve descripción de cada lesión, a fin de poder descartar cada una hasta llegar a un probable diagnóstico:

Melanosis del fumador: el tiempo que ha fumado en exceso es corto.

Nevo azul: se presenta generalmente una sola lesión y es de color azul oscuro.

Pigmentación por medicamentos: la distribución multifocal o difusa de las máculas sugiere origen sistémico, como el producido por el consumo prolongado de un medicamento.

Melanoma: No se observan signos de invasión como ulceración, Bordes indurados, superficie granular, etc., se descarta por la presencia de pigmento en otras áreas del cuerpo.

HISTOPATOLÓGICAMENTE

El espécimen de la biopsia mostró epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, el tejido conectivo adyacente al epitelio contenía macrófagos. Una tinción con Warthin-Starry (Ph 3.5) confirmó la presencia de melanina contenida en estas células y una tinción de Perl mostró que muchas de las células eran positivas para hierro férrico¹⁸.



Por lo que el diagnóstico es:

Hiperpigmentación secundaria al tratamiento con antipalúdicos.

La pigmentación inducida por fármacos se puede encontrar después del tratamiento con altas dosis por un tiempo prolongado de diversos fármacos como la tetraciclina, zidovudina, clorhidrato de quinacrina, etc. Hay una pigmentación difusa en la piel en las áreas expuestas al sol o puede haber depósitos locales en las piernas, piel periorbital y raíces de los dientes.

En la pigmentación difusa se encuentran cambios microscópicos en los melanocitos que son más activos, y en los depósitos locales, los macrófagos contienen hierro, quizá en mezcla con el fármaco²⁰.

TRATAMIENTO: Si es posible, discontinuar el medicamento o disminuir la dosis¹⁸.



CASO 3



Fig. 3.1 Mácula negra en paladar duro con base eritematosa en un paciente de 64 años de edad.

Varón de 64 años de edad que presenta desde hace 4 meses unas lesiones en el paladar, que no le molestan ni le duelen, pero que han ido creciendo de forma progresiva. No toma fármacos y es portador de una prótesis parcial superior. Se toma una biopsia¹⁹.

- Los diagnósticos diferenciales más probables son:
 - a) Depósito local de hemosiderina por trauma
 - b) Nevo
 - c) Hemangioma
 - d) Melanoma**

- Escribe una breve explicación de cada lesión, a fin de poder descartar cada una hasta llegar a un probable diagnóstico:

Depósito local de hemosiderina: se acumula después de sufrir un traumatismo.



Nevo azul: clínicamente es similar pero no presenta crecimiento rápido.

Hemangioma: al presionar se hace de color blanco.

Melanoma: los melanomas bucales son menos frecuentes que los cutáneos, tienen predilección por el paladar, son asintomáticos y se caracterizan por un crecimiento rápido.

HISTOPATOLÓGICAMENTE

- En el estudio de la biopsia se encontraron figuras mitóticas, células tumorales invasoras que pueden acompañarse de una intensa hiperplasia pseudoepiteliomatosa del epitelio subyacente²⁰ lo que confirma el diagnóstico de:

Melanoma.

El melanoma es un tumor maligno de melanocitos poco común, representan en 1% de los melanomas, se puede encontrar en cuatro formas clínicas: mácula melanótica, nódulo pigmentado, lesión exofítica pigmentada o amelanótico. Es más frecuente en la mucosa alveolar del maxilar y en paladar duro, generalmente indoloro, ocurre en pacientes mayores de 50 años, sin predilección por género. ^{20,22}

El tratamiento es:

Extirpación quirúrgica, radioterapia, quimioterapia según el estadio en que se encuentre.



CASO 4



Fig. 4.1 Mácula café oscuro en la punta de la lengua de una paciente de 34 años.

Mujer de 34 años de edad que presenta una mácula café oscuro en la punta de la lengua, de aproximadamente 0.8 cm, de forma y bordes irregulares y difusos (ver fig. 4.1), no refiere tiempo de evolución, es asintomática, la paciente refiere no fumar ni tomar medicamentos.

- En el diagnóstico diferencial, las lesiones a considerar serían:
 - a) Hemangioma
 - b) Mácula melanótica
 - c) **Nevo**
 - c) Melanoma

- Escribe una breve explicación de cada lesión, a fin de descartar cada una hasta llegar a un probable diagnóstico

HEMANGIOMA: La presión digital producirá blanqueamiento.



MÁCULA MELANÓTICA: Se presentan como pigmentaciones multifocales más pequeñas y la punta de la lengua no es un sitio común.

NEVO: se piensa en el nevo intramucoso porque es el más común en la cavidad bucal, es asintomático y es de color café oscuro.

MELANOMA: tiene predilección por el paladar, un hallazgo común es la ulceración.

HISTOPATOLÓGICAMENTE

No muestra actividad de unión, es decir, los nidos de células névicas sólo están presentes en la dermis²⁰.

Por lo que el diagnóstico es:

Nevo intramucoso

El nevo es un tumor benigno congénito o adquirido de melanocitos o células névicas que se presenta en piel y en mucosa bucal. El nevo intramucoso está compuesto por residuos de células névicas en la lámina propia que no está en contacto con la membrana basal. Es el más común en boca²².

El tratamiento es:

No requiere de tratamiento, sólo se mantiene en observación al paciente para detectar cualquier recurrencia.



CASO 5

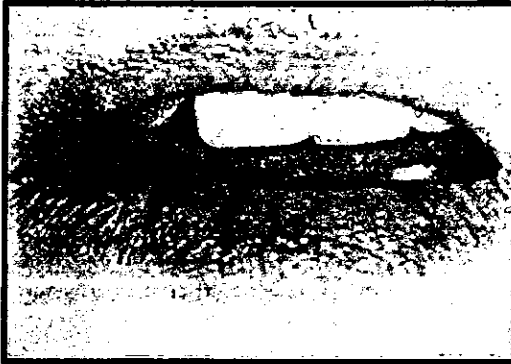


Fig. 5.1 Máculas café oscuro en labio inferior.

Un paciente femenino de 14 años de edad presenta múltiples pigmentaciones en el bermellón del labio inferior, color café oscuro, se desconoce el tiempo de evolución, asintomáticas.

- En el diagnóstico diferencial, las lesiones a considerar son:
 - a) Síndrome de Peutz Jeghers
 - b) Enfermedad de Addison
 - c) Síndrome de Von Recklinghausen
 - d) **Máculas melanóticas**

- Escribe una breve descripción de cada lesión a fin de poder descartar cada una hasta llegar a un probable diagnóstico.

SÍNDROME DE PEUTZ- JEGHERS: se presentan efélides peribucales y poliposis intestinal (cólicos frecuentes).



ENFERMEDAD DE ADDISON: además de las efélides peribucales hay pigmentaciones marrones en los pliegues y articulaciones e insuficiencia de las glándulas suprarrenales.

SÍNDROME DE VON RECKLINGHAUSEN: se caracteriza por nódulos neurofibromatosos y máculas pigmentadas de la piel denominadas café con leche.

MÁCULA MELANÓTICA: la localización más común es en labio inferior, en la zona expuesta a la luz solar.

HISTOPATOLÓGICAMENTE

Se observa un número normal de melanocitos pero con aumento de gránulos de melanina. También puede observarse melanofagocitosis²⁰.

Por lo que el diagnóstico es:

Máculas melanóticas

Es la pigmentación más común en la cavidad bucal, usualmente es una lesión solitaria, en la piel expuesta a la luz solar, bien circunscrita y de un tamaño menor a 1 cm. de diámetro. Se presenta más en mujeres en una proporción de 2.2: 1²².

Tratamiento

Es conservador, por ser una lesión benigna



CASO 6



Fig. 6.1 Máculas múltiples peribucales, de color café que presenta una paciente de 27 años de edad

Paciente femenino de 27 años de edad que presenta máculas color café oscuro en labio superior e inferior y en el paladar (ver fig. 6.1 y 6.2) de entre 3-5 mm. de diámetro. En la historia clínica refiere padecer también de cólicos abdominales frecuentes.

- En el diagnóstico diferencial las lesiones a considerar son:
 - a) Efélides peribucales
 - b) Enfermedad de Addison
 - c) Síndrome de Von Recklinghausen
 - b) **Síndrome de Peutz- Jeghers**



Fig. 6.2 Máculas cafés en el paladar de la misma paciente en figura 6.1

- Escribe una breve descripción de cada lesión, a fin de poder descartar cada una hasta llegar a un posible diagnóstico.

EFÉLIDES PERIBUCALES: son de menor tamaño y se presentan en zonas expuestas a la luz solar.

ENFERMEDAD DE ADDISON: la piel se torna bronceada y hay insuficiencia de las glándulas suprarrenales.

SÍNDROME DE VON RECKLINGHAUSEN: Presenta nódulos neurofibromatosos y manchas café con leche en la piel.

SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS: se observan efélides Peribucales y poliposis intestinal



HISTOPATOLÓGICAMENTE

Se observa que la capa de células basales contiene gránulos de melanina en profusión.

Los estudios radiológicos intestinales revelaron la presencia de pólipos, ubicados sobre todo en el intestino delgado²².

- El diagnóstico es: Síndrome de Peutz- Jeghers
- El tratamiento es:

No requiere. Se remite para interconsulta con gastroenterólogo.



CASO 7



Fig. 7.1 Mácula de color negro localizada en paladar duro en un paciente de 40 años de edad.

Paciente masculino, de 40 años de edad que presenta una mácula localizada en paladar duro, de color negro, no le duele ni ha aumentado de tamaño y que apareció hace tres años que mide 4 mm. De diámetro.

-En el diagnóstico diferencial las lesiones a considerar podrían ser:

- a) Nevo
- b) Melanoma
- c) Tatuaje por amalgama**
- d) Hematoma

- Escribe una breve descripción de cada lesión a fin de descartar cada una hasta llegar a un probable diagnóstico:

NEVO: se pueden presentar en forma de placa de color azul o negro, al alcanzar un tamaño dado el crecimiento se vuelve estático, casi siempre se encuentran en paladar.



MELANOMA: se presentan con mayor frecuencia en paladar, en pacientes mayores de 50 años, presenta bordes indurados, zonas ulceradas y de crecimiento rápido.

TATUAJE POR AMALGAMA: es una lesión iatrogénica, con bordes difusos que es habitualmente solitaria.

HEMATOMA: resultan de la sección vascular por un traumatismo, pueden confundirse clínicamente con las lesiones anteriores, resuelven en un periodo de 2 semanas.

HISTOPATOLÓGICAMENTE

- El estudio histopatológico refiere gránulos café y negros, de aspecto inorgánico, solo a veces llega a provocar una respuesta inflamatoria con células gigantes a cuerpo extraño. El punteado de colágeno, los tejidos conectivos de reticulina y granulación difusa, a veces perivascular, son características²².
- En una radiografía de la zona se observan partículas radioopacas.

Por lo que el diagnóstico es:

Tatuaje por amalgama

El tatuaje por amalgama es una lesión frecuente, asintomática, que se observa en la encía cercana a un diente que ha sido restaurado con amalgama de plata. Las partículas de amalgama pueden detectarse en las radiografías de tejidos blandos. En el examen microscópico se observan partículas de amalgama a lo largo de las fibras colágenas y alrededor de los vasos sanguíneos²².

El tratamiento es:

Biopsia excisional, la confirmación **radiográfica puede ayudar**



CASO 8



Fig. 8.1 Mácula color café oscuro en paciente masculino en mucosa yugal.

Paciente masculino de 36 años de edad que presenta en la mucosa yugal del lado izquierdo una mácula de color café oscuro (ver fig. 8.1) de 5mm. de diámetro, de 5 años de evolución que no le molesta y que no crece.

En el diagnóstico diferencial, las lesiones a considerar son:

- a) Hematoma
- b) Melanoacantoma**
- c) Eritroplasia
- d) Nevo
- e) Melanoma

Escribe una breve descripción de cada lesión a fin de descartar cada una hasta llegar a un probable diagnóstico:

HEMATOMA: se produce por un traumatismo, se resuelve en 2 semanas.

MELANOACANTOMA: lesión pigmentada plana que puede ser originada por prótesis, enjuagues bucales o traumatismos.



ERITROPLASIA: placa roja de bordes bien definidos que se localiza en cualquier región de la boca, en sujetos entre los 50-70 años.

NEVO: mácula de color azul o negra de crecimiento estático que se presenta principalmente en paladar.

MELANOMA: Presenta bordes indurados, zonas eritematosas y su Crecimiento es rápido e invasivo.

HISTOPATOLÓGICAMENTE

Se observa acantosis, espongiosis y aumento de melanocitos dendríticos no sólo en la capa basal, sino también en la capa de células esponjosas¹².

Por lo que el diagnóstico es:

Melanoacantoma

El melanoacantoma es una lesión pigmentada benigna plana, rara, causadas por enjuagues bucales, dispositivos protésicos o traumatismos¹².

El tratamiento es:

Remover el irritante o fuente de trauma, y verificar que disminuya de tamaño¹².



COMENTARIOS

La aplicación de los modelos clínicos será un excelente auxiliar didáctico en la enseñanza de Patología Bucal en la Carrera de Cirujano Dentista si los alumnos comprenden la importancia de profundizar sus estudios en el área, con la perspectiva de desarrollarse con mayor calidad en su vida profesional futura y ofrecerle al paciente un tratamiento completo.

En la medida que el alumno se concientice de la importancia que tiene el estudio a fondo de las principales características clínicas, signos y síntomas de las patologías más frecuentes en boca, estará en condiciones de aplicar sus conocimientos en la resolución de los modelos clínicos, y por lo tanto de emitir un diagnóstico diferencial aceptable ante una situación real.

La práctica de los modelos clínicos no otorga los conocimientos básicos que deben poseer los estudiantes de Patología Bucal, solo los orientará en las actitudes clínicas que deben tomar frente a la situación que se les expone en el modelo como: las preguntas que se deben incluir en la historia clínica y que nos brindan antecedentes importantes acerca del padecimiento, los diagnósticos diferenciales más probables, los estudios de laboratorio que se deben realizar, hasta llegar a un diagnóstico definitivo y la aplicación del tratamiento más efectivo.

En los tiempos actuales en que las demandas por negligencia médica se han hecho costumbre, es obligación del cirujano dentista prepararse con responsabilidad en cada una de las áreas que involucra la consulta dental, ya que el paciente tiene a su alcance más información acerca de las padecimientos que le afectan, así como de los recursos legales que se pueden ejercer en cada caso.



Los modelos clínicos forman parte de un conjunto de innovaciones que se pretenden aplicar en la educación del estudiante de las áreas de la salud, con la finalidad de hacer más práctico y accesible el estudio de todas las asignaturas que involucran su formación profesional; auxiliares que sólo tendrán éxito si se logra la participación entusiasta tanto de los profesores como de los alumnos.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA



GLOSARIO

Abigarrada: lesión de varios colores , heterogénea y sin orden.

Acantosis: engrosamiento anormal del estrato espinoso de la epidermis.

Adenopatías: aumento de tamaño de cualquier glándula, especialmente de una linfática.

Anaplasia: cambio en la estructura de las células y en su orientación entre sí caracterizado por la pérdida de diferenciación y por la regresión a una forma más primitiva. Es característica de las enfermedades malignas.

Autoinmune: que concierne al desarrollo de una respuesta inmune (anticuerpos respuesta inmune celular) frente a los propios tejidos.

Caroteno: provitamina que se encuentra en las zanahorias y algunas plantas verdes y que en el cuerpo se convierte en vitamina A.

Células gigantes: célula tisular de tamaño extremadamente grande. Suele contener más de un núcleo y puede originarse por la fusión de varias células normales.

Displasia: cualquier desarrollo anormal de tejidos u órganos.

Endógena: que se origina en el interior del organismo o que se produce por causas internas.

Excisión: extirpar por completo un órgano o tumor.



Exógena: que se origina fuera del organismo o de cualquier órgano corporal.

Exudado: líquido, células u otras sustancias que se han exudado o expulsado lentamente de las células o vasos sanguíneos a través de pequeños poros en las membranas celulares.

Hamartoma: nuevo crecimiento tisular que se parece a un tumor. Resulta de una proliferación defectuosa en la formación de tejido.

Hemosiderina: pigmento rico en hierro, producto de la hemólisis de los eritrocitos. El hierro se suele almacenar de esta manera.

Hidroquinona: agente dermatológico decolorante prescrito para disminuir la pigmentación de la piel en ciertas alteraciones cutáneas en las que un exceso de melanina produce hiperpigmentación.

Indurado: endurecimiento de un tejido, en particular de la piel, por edema, inflamación o infiltración neoplásica.

Invasión: proceso mediante el cual las células malignas se trasladan hacia tejidos más profundos a través de la membrana basal, hasta llegar a los vasos sanguíneos y los conductos linfáticos.

Lipofucsina: tipo de pigmento graso, compuesto fundamentalmente por grasas oxidadas, que aparece en forma abundante en las células de adultos.

Melanina: pigmento negro o marrón oscuro que existe normalmente en pelo, en la piel, el iris y la coroides del ojo.



Metaplasia: transformación de las células de tejidos normales en otras anormales como respuesta a una tensión o lesión crónica.

Metástasis: proceso por el que las células tumorales se diseminan hacia localizaciones distantes del organismo, transportadas por la circulación linfática y sanguínea.

Neoplásico: que desarrolla células nuevas y anormales, que pueden ser benignas o malignas.

Oxihemoglobina: producto de la combinación de la hemoglobina con el oxígeno.

Pólipos: pequeño crecimiento de aspecto tumoral que sobresale de una mucosa.

Quimioterapia: tratamiento de infecciones y de otras enfermedades con agentes químicos.

Radioterapia: tratamiento de las enfermedades neoplásicas mediante la utilización de rayos X o gamma, para detener la proliferación de células malignas, disminuyendo la tasa de mitosis o la síntesis de DNA.

Reticulina: sustancia albuminoide presente en las fibras conectivas del tejido reticular (red venosa).

Tirosina: aminoácido sintetizado en el cuerpo a partir del aminoácido esencial Fenilalanina. Se encuentra en la mayoría de las proteínas y es precursora de la melanina, y de varias hormonas como la adrenalina y la tiroxina.



ELSA G. MORALES CASTILLO

Ulceración: lesión circunscrita de la piel o las mucosas producida por la necrosis asociada a procesos inflamatorios, infecciosos o malignos.

Yatrógena: producido por el tratamiento o técnicas diagnósticas.



REFERENCIAS

1. Chasteen J. E., **Principios de la clínica odontológica**, 2ª. Edición, Manual Moderno, 1998, pag. 50-61.
2. Morris, A.L., **Las especialidades odontológicas en la práctica general**, 2ª. Edición, Editorial Labor, 1976, pags. 123-162.
3. Cox, K. R., **La docencia en medicina**, 1ª. Edición, DOYMA, 1990.
4. Islas Guzmán F., **¿Qué es la simulación escrita?**, Rev.Fac.Med. UNAM, 1977; 20(9): 45-48.
5. Rojas-Mejía Y., Campos A.E., **Aprendizaje basado en problemas**, Rev.Fac.Med. UNAM, 1999; 42(3): 123.
6. Fernández Alonso M.E., **Un enfoque psicopedagógico de las actitudes y su enseñanza en el aula**, Rev.Fac.Med. UNAM, 1983;26(1-12): 247-248.
7. Segall A.J., **Método para diseñar cursos en las ciencias de la salud**, 1ª. Edición, Ed. Limusa, 1978.
8. Kelley M.L., Elving B., **Teaching and learning motor skills in dental education**, Quercus Corporation, 1997.
9. Pedraza L., **Informática Médica**, 1ª. Edición, McGraw-Hill Interamericana, 1997, pag. 250-263, 350-357.
10. Fawcett D.W., **Tratado de Histología**, 11ª. Edición, McGraw-Hill Interamericana, 1990, pag. 549-565.
11. Lever W.F., **Histopathology of the skin**, 7a. Edición, J.B. Lippincott.
12. Urmacher C., **Histology of normal skin**, The American Journal of Surgical Pathology; 14(7): 671-686, 1990.



13. Kratochvil F.J., **Lesiones pigmentadas de la cavidad bucal.**
14. Lynch M.A., Brightman V.J., **Medicina bucal de Burket**, 9a. Edición, McGraw-Hill Interamericana, 1996.
15. González S. , **Dermopatología- Neoplasias de la Piel**, <http://escuela.med.puc.cl/publicaciones/anatomiapatologica/10dermatopatolo>
16. Del Pozo J., Rodríguez A., **Signos de alarma en una lesión melanocítica adquirida**, me://A:\nevo.htm 29-octubre-00.
17. Programa de Comunicación Interactiva, **Programa de prevención del cáncer en piel.** http://www.buenosaires.gov.ar/salud/cis/cis_dermatologia
18. Menni S., Boccardi D., **Melanotic macules of the tongue in a newborn**, Journal of the American Academy of Dermatology; June 44(6): 1048-49, 2001.
19. Kleinegger C.L., Hammond H.L., **Oral mucosal hyperpigmentation secondary to antimalarial drug therapy**, Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology; August 90(2): 189-193, 2000.
20. Bagán J.V., **Melanoma (caso clínico)**, <http://www.uv.es/medicina-oral/caso23/caso-clinico23.html> septiembre 2001.
21. Regezi Joseph A., **Patología Bucal**, 2ª. Edición, Interamericana-McGraw-Hill, 1995, pags. 97-169.
22. Eversole L.R., **Clinical outline of Oral Pathology**, 3a. Edición, Lea and Febiger, 1992.
23. Wood G., **Differential Diagnosis of Oral Lesions**, 4a. Edición, Mosby Year Book



24. Saap J.P., Eversole L.R., **Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea**, 2ª. Edición, Editorial Harcourt- Mosby, 1998.

25. Cawson E.A., Binnie W.H., **Color Atlas of Oral Disease**, 2a. Edición, Editorial Mosby- Wolfe, 1995, pag. 15.2

26. Bascones A., **Atlas de patología de la mucosa bucal**, 3ª. Edición, Editorial Avances, 1989.

27. MOSBY Diccionario, Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. 5ª. Edición. Editorial Harcourt, 2000.