



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE LESIONES PIGMENTADAS EN
PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE
ADMISIÓN DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE
LA UNAM.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

ÁNGEL ADÁN ESTRADA DÁVALOS

**TUTORA: C.D. DOLORES CARRASCO ORTÍZ
ASESOR: C.D. BERNARDO CRUZ LEGORRETA**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Doy gracias a DIOS y a la VIRGEN DE GUADALUPE

*por brindarme la dicha y la fortuna de otorgarme unos padres que nunca me han
dejado solo en ningún momento de mi vida y
por dejarlos seguir a mi lado para juntos disfrutar de estos momentos tan
especiales que nos hacen crecer en la vida como familia.*

Para mi sobrino OMAR FABIAN

*Fue un lapso corto pero hermoso el que vivimos juntos,
solo Dios sabe por que pasan las cosas pero de algo de lo que si estoy seguro
es que todos esos momentos hermosos que viví contigo nadie me los va a quitar,
por que esos se quedaron grabados en mi corazón.
Un día te voy a alcanzar y halla seguiremos jugando.
Nunca te voy a olvidar que Dios y la Virgen te cuiden y te bendigan.*

A mis PADRES

*Gracias por darme la vida...
Gracias por guiarme siempre...
Gracias por soportar todas mis averías y decirme cuando algo estaba mal...
Gracias por siempre confiar en mí...
Gracias por eso y un millón de cosas más.*

*Gracias MAMÁ LUZ MARÍA por siempre estar en el momento y lugar
adecuado
en el transcurso de mi vida, cuando mas te he necesitado y
por siempre apoyarme en todos los momentos difíciles,
este logro no solo es esfuerzo mío sino de todos ustedes,
mi familia,
en especial TÚ
que creaste en mí una forma tan especial de ver las cosas
ya que sin eso no lo hubiese logrado.
Te amo.
Gracias.*

*Gracias PAPÁ RICARDO por decirme cuando algo estaba mal y guiarme en la
vida por el camino de lo correcto, por enseñarme a ser practico y ubicarme en las
prioridades y necesidades.
Te amo.
Gracias.
A mis HERMANOS*

*LUCERO, VERONICA, OSCAR Y CARLOS, saben que los quiero y los amo
Gracias por ayudarme a crecer en todos los aspectos y por darme todos esos
momentos tan espaciales que nos hacen únicos.
Creamos en nuestros sueños que ya ven que si se cumplen.
Gracias.*

A todos mis SOBRINOS

*ALEJANDRO, FABIAN, ATZIRI, ALAN, SOFIA, RODRIGO Y
FERNANDA Que son una gran fuerza para seguir adelante por que ellos son
una luz que me da fuerza para seguir.
Gracias.*

*Ya todos los profesores que tuvieron que ver con mi preparación profesional,
pero en especial a los que hicieron posible este trabajo
C.D. Dolores CO. C.D. Bernardo CL.*

Le doy gracias por ultimo a

*MI ALMA MATER
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.*

*Porque te hago saber, Sancho,
Que la boca sin muelas es como molino sin piedra,
Y en mucho más se ha de estimar más un diente que un diamante.*

*Miguel de Cervantes.
Don quijote.*



ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	6
II. RESUMEN.....	7
III. MARCO TEÓRICO.....	8
1. El melanocito.....	8
1.1 -Embriología.....	8
1.2 -Histología.....	8
1.3 -Fisiología.....	9
2. Lesiones benignas pigmentadas.....	10
2.1 Pigmentación fisiológica.....	11
2.2 Mácula melanótica bucal.....	11
2.3 Melanosis del fumador.....	14
2.4 Tatuaje por amalgama o argirosis local.....	16
2.5 Grafito.....	18
2.6 Efélides.....	19
2.7 Nevo melanocítico.....	20
2.7.1 -Nevo Intramucoso (Intradérmico).....	21
2.7.2 -Nevo de la Unión.....	22
2.7.3 -Nevo Compuesto.....	22
2.7.4 -Nevo Azul.....	23
2.7.5 -Nevo de Spitz.....	24
3. Lesiones malignas pigmentadas.....	24
3.1 Melanoma.....	24
3.1.1 -Melanoma nodular.....	26
3.1.2 -Melanoma de extensión superficial.....	27
3.1.3 -Melanoma lentiginoso acral.....	28
4. Enfermedades sistémicas asociadas a pigmentaciones.....	29
4.1 Síndrome de Peutz-Jeghers.....	29
4.2 Enfermedad de Addison.	31
5. Pigmentación por metales pesados.....	32
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	33



V. JUSTIFICACIÓN.....	33
VI. OBJETIVO.....	34
Objetivo general.....	34
Objetivo específico.....	34
VII. METODOLOGÍA.....	35
Material.....	35
Metodología.....	35
Tipo de estudio.....	37
Población de estudio y muestra.....	37
Criterios de inclusión.....	37
Criterios de exclusión.....	37
Variables de estudio.....	38
-Variable independiente.....	38
-Variable dependiente.....	38
VIII.RECURSOS.....	38
Humanos.....	38
Materiales.	38
Financieros.	39
IX. PLAN DE ANÁLISIS.	39
X. RESULTADOS.	40
XI. DISCUSIÓN.	44
XII. CONCLUSIONES.	46
XIII.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	47
Referencias bibliográficas de figuras.....	49
XIV. ANEXOS.....	50
-Anexo 1.....	50
-Anexo 2.....	51
-Anexo 3.....	52



I. Introducción

Es necesario llevar a cabo estudios epidemiológicos sobre la magnitud de las lesiones en la cavidad bucal debido a su asociación con las alteraciones sistémicas y las limitaciones funcionales que esto conlleva.

Entre los procesos patológicos que afectan la mucosa bucal, se encuentran las lesiones pigmentadas. Estas constituyen un grupo de entidades que se presentan de diferentes formas en la clínica dependiendo de su origen. En la revisión de los pacientes que acuden a la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología se encuentran a menudo lesiones pigmentadas como: pigmentación fisiológica, máculas melanóticas nevos y pigmentaciones exógenas (tatuaje por amalgama).

Estas afecciones tienen en común que se presentan en forma de áreas hiperpigmentadas que varían en color desde el gris pálido hasta el pardo oscuro o negro, lo que en ocasiones hace difícil el diagnóstico clínico en el consultorio odontológico. Con la realización de una exploración adecuada y meticulosa se puede realizar un buen diagnóstico.



II. Resumen

Las lesiones pigmentadas de la mucosa bucal constituyen alteraciones que se presentan frecuentemente en la cavidad bucal de pacientes que acuden a la clínica dental; las cuales por sus características, la localización, las diferentes formas de presentarse, así como la comprensión de las causas de la pigmentación y su apropiada evaluación de los pacientes es esencial.

Existen muchas variedades de lesiones pigmentadas de las cuales es importante conocer las causas y consecuencias que estas conllevan ya que por idiosincrasia los pacientes no atienden estas lesiones y se presentan hasta un estado avanzado y con consecuencias indeseables.

Las lesiones pigmentadas que se encuentran comúnmente en la cavidad bucal se pueden dar por cambios fisiológicos, sistémicos y alteraciones malignas. La pigmentación bucal puede ser de dos tipos: endógena o exógena, la primera incluye pigmentos como la melanina, hemoglobina, hemosiderina y carotenos y, la segunda se debe a la implantación de un cuerpo extraño en la mucosa bucal.

Por la importancia clínica de algunas de estas lesiones, lo mejor es diagnosticarlas oportunamente, para así evitar alteraciones malignas en la mucosa.



III. Marco teórico

1 El melanocito

El color de la piel de una persona se debe a varios factores, entre ellos la presencia de oxihemoglobina en el lecho vascular dérmico, que le da el color rojo. Además, también los carotenos ingeridos en los alimentos modifican el color de la piel.

El color también se debe a la presencia de pigmento en la epidermis. El principal pigmento es la melanina sintetizada por los melanocitos.

1.1 - Embriología

La epidermis está constituida, principalmente, por el ectodermo de la superficie del embrión en donde se encuentran los melanocitos provenientes de la cresta neural, dichos melanocitos se separan del tubo neural en la sexta semana, migran hacia el mesénquima de la dermis en desarrollo y se diferencian en premelanosomas. Después, estas células se mueven hacia la unión dermoepidérmica y se diferencian en melanocitos. Se presentan en la piel en desarrollo entre los días 40 y 50, inmediatamente después de la migración de las células de la cresta neural.

Los melanocitos comienzan a producir melanina (Gr. melas, negro) antes del nacimiento y la distribuyen a las células epidérmicas. La densidad de melanocitos incrementa durante la vida intrauterina, alcanzándose un pico de 2.300 células/mm³ a finales del tercer mes, después de lo cual disminuyen hasta una cifra final de 800 células/mm³. Los melanocitos suponen un 5-10% de las células epidérmicas en el adulto.^{1,2}

1.2 - Histología

El melanocito epidérmico es una célula dendrítica que está dispersa entre las células del estrato basal. Se denominan células dendríticas por que el cuerpo celular redondeado que se sitúa en el estrato basal emite prolongaciones largas entre los queratinocitos del estrato espinoso. La



relación de melanocitos a queratinocitos o sus precursores en el estrato basal va de 1:4 a 1:10 en diferentes partes de la superficie corporal y es constante en todas las razas. En cortes teñidos con hematoxilina y eosina (H-E) los melanocitos se ven en el estrato basal como células con núcleos alargados que están rodeados por un citoplasma claro. Sin embargo, con Microscopia Electrónica se identifican con facilidad por los gránulos de melanina maduros y en desarrollo que hay en su citoplasma.³

El pigmento melánico comprende dos formas distintas. Una forma, la eumelanina, consiste en un pigmento pardo negrusco. La otra forma, llamada feomelanina, es un pigmento rojo amarillento. Cada uno de estos pigmentos está determinado genéticamente.³

1.3 - Fisiología

Los melanocitos producen melanina mediante un proceso que comprende la transformación de tirosina en 3,4-dihidroxifenilalanina es una molécula denominada DOPA. La DOPA es un precursor del pigmento melanina, una molécula que da a la piel, los ojos y el pelo su color normal.⁴

La melanina se produce por la hidroxilación de la L-tirosina para dar 3,4-dihidroxifenilalanina (DOPA), a través de la acción de la enzima tirosinasa y la ulterior conversión de la DOPA en melanina.^{3,5}

Cuando la hipófisis anterior secreta ACTH, simultáneamente libera otras hormonas con estructura química similar que incluyen, en especial, hormona estimulante de melanocitos (MSH). La hormona estimulante de melanocitos actúa sobre los melanocitos, para sintetizar el pigmento melanina y dispersarlo en las células epidérmicas.⁶

Además, debido a que las cantidades de MSH son demasiado pequeñas en el ser humano en tanto que las de ACTH son grandes, es probable que



la segunda tenga mayor importancia que la primera en la determinación de la cantidad de melanina en la piel.⁶

2 Lesiones benignas pigmentadas

Las lesiones pigmentadas son frecuentemente encontradas en la boca. Tales lesiones representan una variedad de entidades clínicas, que van desde cambios fisiológicos (p. ej. Pigmentación racial) a manifestaciones de enfermedades sistémicas (p. ej. Enfermedad de Addison) y lesiones malignas (p. ej. Melanoma). La pigmentación bucal puede depender de factores exógenos o endógenos. La pigmentación exógena es comúnmente debido a la implantación de un cuerpo extraño en la mucosa bucal. Los pigmentos endógenos incluyen la melanina, la hemoglobina, la hemosiderina y el caroteno.^{7,8}

Cuando se estimula la producción de pigmentos de modo local o sistémico pueden causar variaciones en el color de la mucosa bucal que van desde la pigmentación fisiológica hasta las neoplasias malignas.⁹

Según la cantidad y distribución de la melanina que se produjo y de la profundidad o localización del pigmento presente en la piel o la mucosa, el color de la lesión oscilará entre matices de marrón, gris, negro y azul oscuro. Las diferencias en el color de las lesiones pigmentadas tienen las siguientes explicaciones: 1) las lesiones en que la melanina está confinada a las células basales tienen aspecto de color marrón; 2) las lesiones que incluyen melanina en la queratina y en el estrato de células espinosas son negras, y 3) las lesiones que presentan melanina en el tejido conjuntivo tienen color azul.^{9,10}

Una célula fisiológica que se relaciona con los melanocitos, la célula nevica, produce también lesiones benignas (nevus). Pueden presentar diferencias morfológicas con los melanocitos, como la forma oval y la



tendencia a agruparse con células similares, pero poseen la misma enzima de los melonocitos, tirosinasa, que convierte a la tirosina en melanina.⁹

2.1 Pigmentación fisiológica

La pigmentación fisiológica se debe al incremento de la actividad de los melanocitos más que a un aumento en el número de los mismos. Esta pigmentación es simétrica, pero en ocasiones solo hay una placa persistente y no altera la arquitectura normal. Se presenta en pacientes de cualquier edad y no tienen predilección por ningún sexo. (fig. 1).^{8,9,11}

Se localiza en cualquier sitio como la mucosa bucal, paladar duro, labios y lengua, aunque la encía es el tejido bucal que afecta con mayor frecuencia (fig. 2).^{7,9}



fig. 1. fuente directa pigmentación fisiológica



fig. 2. fuente directa pigmentación fisiológica

2.2 Mácula melanótica bucal

Es un término que se utiliza en sentido clínico para describir una lesión pigmentada local benigna. A nivel microscópico, el sinónimo “melanosis focal bucal” se utiliza para describir la lesión; cualquier designación se puede referir a: 1) punto idiopático pigmentado, 2) una efélide intrabucal, 3) máculas que se asocian con el síndrome de Peutz-Jeghers o enfermedad de Addison.^{7,9}

Se presentan de manera predominante en el bermellón de los labios, encía, mucosa bucal y paladar, aunque pueden aparecer en cualquier parte de la superficie de la mucosa, con mayor frecuencia en mujeres. Son asintomáticas y en apariencia no tienen probabilidad maligna. Son generalmente más pequeños de 1 centímetro de diámetro, superficie lisa y bien delimitada.^{7,9-11}

La lesión del labio se denomina mácula melanótica labial, y la lesión intrabucal, mácula melanótica bucal (fig. 3 y 4).¹⁰



fig. 3.²³ mácula melanótica labial



fig. 4.²³ mácula melanótica bucal

La mácula melanótica labial se puede presentar a cualquier edad y aparece como una lesión asintomática pequeña clara, de color café a café oscuro, localizada en la línea media. El labio inferior es el más afectado. Muchas de las máculas miden 5mm o menos, de diámetro. Su apariencia clínica es similar a la anterior (fig. 5).¹²



fig. 5.²⁴ mácula melanótica



La mácula melanótica se caracteriza por un número normal de melanocitos con aumento en la pigmentación de las células basales por los gránulos de melanina.^{9,10}

Esta pigmentación bucal debe diferenciarse del melanoma maligno superficial en etapa inicial. Puede confundirse con nevo azul o tatuaje por amalgama, en especial cuando se localiza en la encía. Si es múltiple debe diferenciarse del síndrome de Peutz-Jeghers y de la enfermedad de Addison.⁹

No está indicado ningún tratamiento, pero puede requerirse biopsia excisional para establecer el diagnóstico definitivo de la lesión.¹¹

En raras ocasiones, se han observado lesiones solitarias o múltiples de color variable entre marrón oscuro y negro, y de tamaño que oscila entre 5mm y más de 2cm de diámetro, en la mucosa yugal y el paladar de pacientes afroamericanos de 20 a 40 años de edad. Dichas lesiones se denominaron **melanoacantomas orales** (fig. 6). Éstos se caracterizan por una proliferación de melanocitos dendríticos cargados de melanina, muchos de los cuales se presentan por encima de la capa basal, en una zona de epitelio engrosado de forma focal. El epitelio presenta acantosis intensa y una ligera paraqueratosis. Los melanoacantomas orales pueden desarrollarse en pocos meses y, a veces, se resuelven sin tratamiento.¹⁰



fig. 6.²² melanoacantoma oral



2.3 Melanosis del fumador o melanosis asociada con el tabaquismo

Los irritantes físicos locales crónicos, como el humo del tabaco, pueden estimular el epitelio plano no queratinizado, para convertirlo en queratinizado y engrosarlo, además, los componentes del humo del tabaco pueden estimular a los melanocitos para elaborar una mayor cantidad de melanina que da lugar a una pigmentación local y generalizada de la mucosa oral denominada melanosis del fumador.¹⁰

El aumento de pigmentación parece estar relacionado con un componente del humo del tabaco que, estimula a los melanocitos, provocando el aumento de producción de melanina. Siendo más comúnmente afectado el sexo femenino.^{7,9,10}

Es difícil detectarlo en hombres y mujeres fumadores cuando presentan pigmentación fisiológica normal.¹⁰

Se sabe que algunas hormonas femeninas incrementan la pigmentación melánica, en las mujeres fumadoras que consumen anticonceptivos orales, puede presentarse una pigmentación más intensa de las mucosas.¹⁰

La melanosis del fumador suele ser más visible en la parte anterior de la encía vestibular de ambas arcadas, otras localizaciones bucales comúnmente afectadas son la mucosa yugal, piso de la boca, encía labial anterior y paladar blando (fig. 7).¹⁰



fig. 7. fuente directa melanosis del fumador

El consumo de tabaco masticable no tiene relación con la melanosis bucal.⁹

Dejar de fumar es el mejor tratamiento, ya que en varios meses o un par de años desaparece la pigmentación. También es posible que la intensidad de la pigmentación se relacione con el tiempo y la cantidad de tabaco que se fume.^{7,9,10,13}

En esta lesión hay aumento de depósitos de melanina en las células epiteliales basales y el tejido conjuntivo subyacente presenta un leve infiltrado de histiocitos y linfocitos. Es habitual la presencia de gránulos de melanina en las células fagocíticas del tejido conjuntivo superficial (incontinencia de la melanina).¹⁰

Debe considerarse la pigmentación fisiológica, la melanosis en relación con el síndrome de Peutz-Jeghers y la enfermedad de Addison, así como el melanoma. Cuadro 1.⁹



Cuadro 1.⁹ Síndromes relacionados con pigmentación macular cutánea y bucal.

Síndrome de Peutz-Jeghers.	Efélides peribucales, poliposis intestinal (no premaligna), autosómica dominante.
Enfermedad de Addison	Pigmentación cutánea difusa, efélides bucales, insuficiencia corticosuprarrenal.

2.4 Tatuaje por amalgama o argirosis local

La implantación accidental de compuestos de plata en el tejido conjuntivo mucoso suele producir una pigmentación focal exógena que se presenta como una lesión plana localizada, pequeña, bien definida, de dimensiones variables y de color azulado ó negro-grisáceo permanente, conocida habitualmente como tatuaje por amalgama. Estas pigmentaciones son llamativas por presentar un aspecto semejante a las pigmentaciones por melanina.

La causa más frecuente de contacto con compuestos de plata es la amalgama, de ahí su nombre. Se presenta en los tejidos blandos contiguos a un diente que se obturo con amalgama (fig. 8). Según Buchner y Hansen puede ser:

- 1) A partir de la condensación en la encía durante el trabajo de la restauración de la amalgama.
- 2) De las partículas que entran a la mucosa lacerada por los instrumentos rotatorios durante la eliminación de las restauraciones viejas de amalgama.
- 3) De las piezas rotas que se introducen en el alvéolo o por debajo del periostio durante la extracción dental.
- 4) A partir de las partículas que entran en la herida quirúrgica durante el tratamiento del conducto radicular con una obturación retrógrada de

amalgama. Dado que ello requiere de una intervención quirúrgica intraósea durante la cual se coloca la amalgama intencionalmente dentro del hueso y de los tejidos blandos circundantes, con frecuencia suele observarse pigmentación en la superficie.

Los fragmentos más grandes de amalgama pueden distinguirse a veces en las radiografías (fig. 9 y 10). La ausencia de signos radiológicos no descarta la posibilidad de un tatuaje de amalgama. En algunos casos es necesario realizar biopsia en cualquier lesión dudosa para diferenciarlas de los nevos y de los melanomas en etapas iniciales.^{8-10,12}

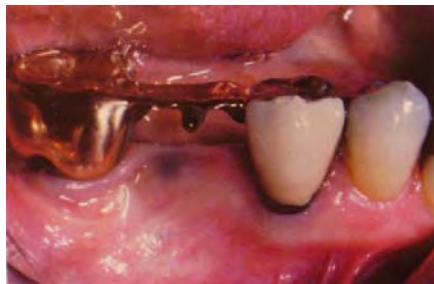


fig. 8.²² tatuaje por amalgama



fig. 9.²² fragmento de amalgama en la radiografía periapical



fig. 10. fuente directa fragmentos de amalgama

Las características microscópicas de los tatuajes por amalgama varían según el tamaño de las partículas y su cantidad. Cuando existen fragmentos mayores, el material extraño es rodeado por un granuloma formado por células gigantes multinucleadas, linfocitos y fibrosis abundante. Si solo existen pequeñas partículas en polvo, suelen ser englobadas por macrófagos y no se forman granulomas definidos. Las partículas finas pueden hallarse también en el citoplasma de un gran

número de células y tejidos, como músculo, nervios, paredes vasculares y colágeno. Algunos tejidos especialmente las fibras elásticas y la membrana basal, interaccionan químicamente con la amalgama, incorporando la plata liberada en forma de un fino depósito lineal de precipitado pardo.^{7,9,10,12}

Se requiere tratamiento adicional si la pigmentación es estéticamente inaceptable. En algunos casos, si las partículas de amalgama son grandes, deben eliminarse para prevenir el desarrollo de una respuesta a cuerpo extraño o de una fuente de irritación, especialmente si se va a colocar una prótesis sobre la zona.¹⁰

2.5 Grafito

Son similares en tamaño y color a las pigmentaciones por amalgama, aunque tienden a localizarse en otras zonas. Los depósitos de grafito suelen formarse por la implantación traumática de material de la punta de un lápiz en la cavidad bucal de un niño. En el momento de la punción se depositan permanentemente pequeñas partículas de carbón en el tejido submucoso. La lesión se localiza con mayor frecuencia en la porción anterior de la boca, en la bóveda palatina, en las encías, la mucosa alveolar y la mucosa yugal, son pigmentaciones pequeñas de varios milímetros de diámetro de color marrón-negruzco, azul o marrón-grisáceo y circulares (fig. 11 y 12).^{7,10,14}



fig. 11.²⁵ pigmentación por grafito



fig. 12. fuente directa. tatuaje

2.6 Efélides

Las efélides ó pecas, son máculas menores a 5mm de diámetro, de color café claro a café oscuro que se presentan con gran frecuencia y aparecen durante la infancia en las áreas del cuerpo con exposición al sol. Se oscurecen con la exposición a luz ultravioleta y aclaran durante los períodos sin exposición solar (fig. 13, 14 y 15).^{9,13}

La observación de gran cantidad de máculas pigmentadas de mayor tamaño que se denominan máculas melanóticas y se distribuyen en la boca y alrededor de la misma, sugieren la presencia del Síndrome de Peutz-Jeghers ó Enfermedad de Addison.⁹



fig. 13. fuente directa Efélides



fig. 14. fuente directa Efélides



fig. 15. fuente directa Efélides

Las efélides se producen por incremento en la función melanocítica o en la producción de melanina más que por el aumento del número de melanocitos. Se descubre aumento en la cantidad de melanina de las



células de la capa basal por la hiperactividad local de los melanocitos y la transferencia de melanosomas a los queratinocitos basales.⁹

No está indicado el tratamiento ya que no es una lesión muy importante a menos que se relacione con alguno de los síndromes mencionados.⁹

2.7 Nevo melanocítico

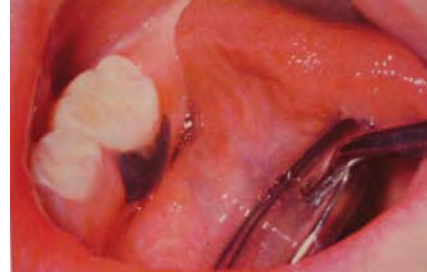
Lesión congénita de la piel o las mucosas, benigna, exofítica, habitualmente pigmentada constituida por acúmulos focales (nidios) de melanocitos redondeados (células névicas); según la localización, distribución y morfología de las células névicas, las lesiones específicas se clasifican en intradérmicas (mucosas), de la unión o compuestas; una forma macular, generalmente del paladar duro y formada por células fusiformes, se denomina nevo azul.^{10,15}

Los nevos pigmentados son lesiones adquiridas que aparecen después del nacimiento durante la infancia, adolescencia y edad adulta temprana. Su importancia práctica radica en una presumible relación causal con el melanoma maligno. La mayoría de los nevos se presentan en la piel; sin embargo, a veces aparecen en las mucosas, incluida la cavidad bucal. Aunque los nevos intrabucales pueden presentarse en diversas localizaciones, la mayoría se encuentran en el paladar duro o en la encía. Desde el punto de vista morfológico ofrecen varios aspectos: aplanados, ligeramente sobre elevados, verrucosos, polipoides, sésiles, papilomatosos. Una tercera parte de los nevos carecen de pigmentación (fig. 16 y 17).^{10,15}

En los nevos sometidos a traumatismos repetidos o que han recidivado después de una exéresis incompleta, puede observarse proliferación intraepidérmica e hiperplasias de los melanocitos con núcleos atípicos, lo que obliga al diagnóstico diferencial del melanoma superficial.¹⁵



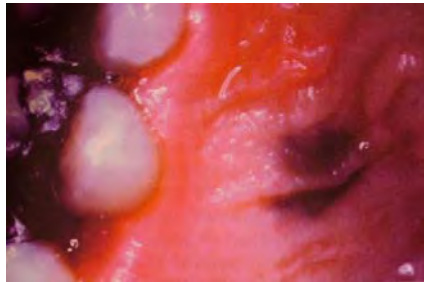
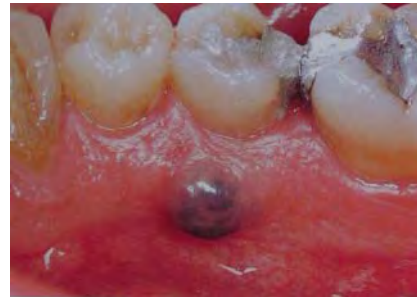
fig. 16. fuente directa nevo

fig. 17.²² (N. congénito)

2.7.1 Nevo Intramucoso (Intradérmico)

Los términos nevo intramucoso y nevo intradérmico son sinónimos. El primero se presenta en las superficies mucosas y el segundo en la piel.¹⁰

El nevo intramucoso de la cavidad bucal es de aparición relativamente rara, se presenta como una pápula ligeramente elevada o una mácula plana en el paladar duro o en la encía. Es asintomático, pigmentado y su color varía de marrón a negro. La lesión crece muy lentamente y, por lo general, mide menos de 1 cm. de diámetro (fig. 18 y 19).¹⁰

fig. 18.²² nevo intramucosofig. 19.²⁵ nevo intramucoso

El nevo intramucoso se caracteriza por nidos (tecas) y/o cordones de células névicas confinadas al tejido conjuntivo. La cantidad y la distribución de la melanina es variable; algunas lesiones tienen cantidades escasas. No suelen observarse figuras mitóticas. Un rasgo típico del nevo intramucoso es la presencia de una zona de tejido



conjuntivo fibroso, exenta de células névicas, que separan las tecas de células névicas del epitelio suprayacente.¹⁰

2.7.2 Nevo de Unión

Es una lesión benigna, de color marrón a negro, que se presenta principalmente en la piel y, a veces, en la mucosa bucal. Este tipo de nevo es considerablemente menos frecuente que el nevo intramucoso. Dentro de la cavidad oral, suele aparecer como una lesión macular pigmentada, en el paladar duro o la encía.¹⁰

Se caracteriza por la presencia de nidos de células névicas en la región basal del epitelio principalmente en los extremos de las crestas epiteliales. No existen células névicas en el tejido conjuntivo adyacente. El examen cuidadoso de las células individuales es sumamente importante en el nevo de la unión, porque existe un tipo similar de proliferación focal de los melanocitos (actividad de la unión) en las primeras etapas del melanoma (neoplasia maligna constituida por melanocitos). Es importante señalar que el nevo de la unión puede experimentar, de forma ocasional, una transformación maligna en melanoma.¹⁰

2.7.3 Nevo Compuesto

Combina características del nevo intramucoso y del nevo de la unión, presentando células névicas en la región basal del epitelio y en el tejido conjuntivo adyacente. Como ocurre con los otros nevos, el nevo compuesto es mucho más frecuente en la piel que en la mucosa oral, dentro de la cavidad oral tiende también a presentarse como una pápula o mácula pigmentada en el paladar duro o en la encía. Al igual que otras lesiones orales solitarias pigmentadas, el nevo compuesto se trata mediante biopsia escisional, que sirve de forma simultánea como procedimiento diagnóstico y terapéutico.¹⁰



2.7.4 Nevo Azul

Es una lesión pigmentada benigna, que se presenta como una pápula cupuliforme o una mácula plana de color azul oscuro situada en la piel o la mucosa. Dentro de la cavidad oral, el nevo azul suele presentarse en el paladar duro (fig. 20 y 21).¹⁰

Las células productoras de melanina de un nevo azul difieren de las de los nevos antes mencionados. En el nevo azul, las células productoras de pigmento son células dendríticas fusiformes y ahusadas, en lugar de redondeadas o epitelioides. Las células névicas dendríticas fusiformes están confinadas al tejido conjuntivo. En lugar de estar organizadas en cúmulos redondeados (tecas), tienden a estar separadas y paralelas al epitelio suprayacente normal. Suele existir un número variable de macrófagos que contienen melanina (melanófagos) entre las células névicas dendríticas. El nevo azul no tiene tendencia a experimentar transformación maligna.¹⁰

Se lleva a cabo con una biopsia excisional, la cual sirve también como tratamiento definitivo de esta lesión y las antes mencionadas, ya que puede parecerse clínicamente a un melanoma.¹⁰



fig. 20.²² nevo azul



fig. 21. www.anmm.org.mx/boletin/2007/2007-04.pdf



2.7.5 Nevo de Spitz

Se denomina también nevo de células fusiformes y epitelioides, antiguamente se conocía como melanoma juvenil benigno. Es un tipo poco frecuente de nevo melanocítico, que se presenta de forma típica como una pequeña pápula solitaria, de color rosa a marrón rojizo, principalmente en la piel de la cara y extremidades de niño. La mayor parte de estas lesiones se dan en la piel y de forma rara se dan en la mucosa bucal.¹⁰

Está compuesto por una mezcla de células névicas con forma fusiforme y grandes células epitelioides con abundante citoplasma, dispuestas en nidos relativamente bien definidos, localizados en la interfase dermoepidérmica o junto a ella. A este respecto, comparte ciertas características del nevo compuesto. Las células névicas epitelioides pueden ser multinucleadas y parecer atípicas. Pueden verse figuras mitóticas cerca de la zona superficial de la lesión; sin embargo, no aparecen mitosis atípicas. Los aspectos importantes de este nevo son su tamaño de 5 a 6 mm de diámetro, la simetría de la lesión y la edad de la mayoría de los pacientes.¹⁰

Puesto que es una lesión benigna pequeña la extirpación conservadora de la lesión tiene carácter resolutivo.¹⁰

3 Lesiones malignas pigmentadas

3.1 Melanoma

Neoplasia maligna de melanocitos aparece en la piel y las mucosas, habitualmente tiene un período de crecimiento inicial radial y superficial, antes de extenderse a los tejidos subyacentes más profundos y metastatizar.¹⁰



El melanoma bucal se considera raro cuando se compara con la incidencia del melanoma cutáneo. El melanoma bucal primario es casi dos veces más común en hombres que en mujeres. El melanoma bucal como el cutáneo se presenta en pacientes del grupo de edades de 40 a 60 años. La mayoría de los casos del melanoma bucal aparece en el paladar duro y en la encía de la arcada superior. También se han registrado casos en la mucosa bucal vestibular, encía mandibular, lengua, labios y piso de la boca. La lesión aparece como un área fuertemente pigmentada, a veces ulcerada y hemorrágica, que tiende a aumentar progresivamente de tamaño.^{9,10}

En los melanomas de la boca, no existen diferencias geográficas o raciales. Los melanomas derivan de la transformación maligna de melanocitos o células nevosas. En boca se cree que la melanosis preexistente, aparece de modo previo al desarrollo de melanomas. En la boca se han identificado lesiones comparables con los melanomas nodular (el cual solo se encuentra en fase de crecimiento vertical) y maligno superficial y un melanoma acrolentiginoso bucal.⁹

El melanoma de piel y mucosas presenta características básicas similares. Puede ser de color marrón-oscuro, negro azulado o negro, asintomático, de crecimiento lento con bordes asimétricos e irregulares. A veces se encuentra un melanoma no pigmentado (melanoma amelanótico), rojizo, más que marrón o negro. La mayoría de las lesiones tienen inicialmente un patrón macular y se convierten en papulosas y/o nodulares en estadios tardíos (fig. 22 y 23). Existe un tipo de melanoma nodular que carece de estadio macular importante.^{7,9,10}

fig. 22.²⁴ melanoma bucalfig. 23.²³ melanoma bucal

La mayoría de los melanomas, incluidos los bucales tienden a crecer en dos fases: 1) una fase de crecimiento radial, seguida por 2) una fase de crecimiento vertical. En la fase de crecimiento radial las células neoplásicas se extienden lateralmente en todas direcciones pero permanecen confinadas al epitelio superficial. La fase de crecimiento vertical empieza cuando las células neoplásicas invaden y pueblan en tejido conjuntivo. La duración de la fase de crecimiento radial puede variar significativamente entre diferentes tipos de melanoma.^{10,12}

Se distinguen tres tipos clínicos e histológicos con diferente evolución y pronóstico: melanoma lentigo maligno, melanoma superficial y melanoma nodular.¹⁵

3.1.1 Melanoma nodular (polipoidal)

Forma de melanoma de la piel, y a veces de las mucosas, que surge como una masa elevada con una fase limitada de crecimiento macular en forma radial; invade y metastatiza con rapidez, y está constituido por células de diversas formas y tamaño.¹⁰

Difiere significativamente de otros tipos por tener una fase de crecimiento radial corta o ausente y presentar una fase de crecimiento vertical destacada casi desde sus comienzos. A veces las lesiones no contienen clínica ni, incluso, microscópicamente pigmentación de origen melánico.¹⁰



La lesión está constituida por combinaciones de nódulos rosados, rojos, marrones y negros, muchos de los cuales están ulcerados. La presencia de metástasis se observa pronto en el curso de la enfermedad.¹⁰

El tejido conjuntivo suele estar densamente invadido por células neoplásicas, elementos epitelioides con citoplasma ligeramente rosa o claro; otros son fusiformes y análogos a linfocitos. El depósito de melanina suele ser esporádico, con grandes áreas exentas de dichos depósitos. En otras áreas suelen existir depósitos abundantes de gránulos de melanina que, por lo general, ocultan los rasgos de las células individuales. El epitelio superficial en los márgenes del tumor suele estar libre de células malignas, indicando la ausencia de una fase de crecimiento radial.¹⁰

3.1.2 Melanoma de extensión superficial

Es la forma más común de melanoma maligno, que se presenta como un área macular de forma irregular y color marrón-negro, con bordes no rasgados y lesiones satélites en las cuales se desarrollan finalmente áreas de melanoma nodular.¹⁰

Se encuentra con mayor frecuencia en pacientes de mediana edad. 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. La fase de crecimiento radial puede durar desde meses a varios años. Durante esta fase la lesión se hace mayor, más intensamente pigmentada y, finalmente, nodular y ulcerada.¹⁰

La fase de crecimiento radial se caracteriza por la presencia en la capa epitelial de grandes melanocitos atípicos que muestran un citoplasma abundante pálido y están organizados en pequeños cúmulos redondos en



la interfase entre el epitelio y el tejido conjuntivo. El estadio nodular y ulcerado se caracteriza por una invasión franca del tejido conjuntivo por las células tumorales. Las células tumorales individuales presentan abundante citoplasma pálido que contiene cantidades variables de melanina en finos gránulos, que imparte un aspecto polvoriento al citoplasma.¹⁰

3.1.3 Melanoma lentiginoso acral

Lesión macular de color marrón, con forma irregular, de la piel de las palmas de las manos y las plantas de los pies, que experimenta evolución hacia un melanoma nodular.¹⁰

Se ha supuesto que tiene un homólogo de tipo mucoso denominado melanoma mucoso lentiginoso que se encuentra en la unión mucocutánea y en las mucosas orales. Este tipo de melanoma es clínica e histológicamente similar al melanoma lentigo maligno; sin embargo, su comportamiento biológico es mucho más agresivo.¹⁰

Estos se presentan en todas las razas y no parecen tener relación con la exposición a la luz solar. Este tipo de melanoma 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 es indicativo de su transición de un crecimiento en extensión superficial o radial a una fase de crecimiento vertical.¹⁰

La fase macular de las lesiones cutáneas presenta una proliferación basal de grandes melanocitos atípicos individuales que imparten un aspecto vacuolado a la región basal del epitelio. La organización basal de las células del melanoma en empalizada explica su patrón lentiginoso. Cuando el tumor adopta un aspecto papuloso y nodular penetran en el tejido conjuntivo masas confluentes de melanocitos neoplásicos, que



suelen ser fusiformes. Muchas de estas lesiones muestran un intenso infiltrado de linfocitos que puede adoptar un patrón liquenoide en la unión epitelio-mesenchimal.¹⁰

La clave del tratamiento del melanoma es su diagnóstico precoz mientras está todavía en fase de crecimiento radial, seguido de cirugía inmediata de la lesión.^{10,15}

Debido a su patrón de crecimiento fundamentalmente vertical, el melanoma nodular tiende a invadir zonas profundas y metastatiza de forma temprana. Para los tumores menores de 3mm de profundidad, en general se aceptan unos márgenes de seguridad, como mínimo de 1cm. Los melanomas con afección mayor de 3mm de profundidad que han metastatizado a los ganglios linfáticos regionales o a distancia tienen un pronóstico relativamente malo. La aplicación de quimioterapia, radioterapia y de inmunoterapia está actualmente en etapas experimentales y clínicas de desarrollo.^{10,15}

4 Enfermedades sistémicas asociadas a pigmentaciones

4.1 Síndrome de Peutz-Jeghers

El síndrome de Peutz-Jeghers es un desorden genético raro asociado a la mutación del gen LKB1 en el cromosoma 19.⁷

Es un trastorno hereditario autosómico dominante en los miembros de una sola familia, poco frecuente, caracterizado por múltiples pólipos intestinales (poliposis intestinales) que pueden presentarse a cualquier edad y por pigmentación de tipo pecas en la piel de las zonas periorificiales (peribucal, periocular, perinasal, perianal) (fig. 24 y 25). La piel de los dedos, de la región genital y la mucosa bucal también pueden estar afectadas. Las lesiones cutáneas pigmentadas aparecen desde el

nacimiento o en la infancia temprana como pequeñas máculas de color marrón a gris azulado, cuyo diámetro varía de 1 a 4mm. Los pólipos gastrointestinales que se presentan en este síndrome son hamartomatosos y no presentan potencial neoplásico, afectan principalmente al íleo y al yeyuno, y pueden producir signos y síntomas como dolor abdominal, hemorragia rectal y diarrea, haciéndose aparente en la tercera década de vida. Estos pólipos a menudo son capaces de causar repetidos episodios de intususcepción intestinal (introducción de una porción de colon en otra), que puede conducir a un daño intestinal isquémico del colon, pero rara vez ellos pueden volverse malignos. Además, el 2-3% de los pacientes afectados desarrollan un adenocarcinoma intestinal. El reconocimiento de las manifestaciones clínicas de las lesiones bucales y cutáneas puede facilitar el diagnóstico temprano del trastorno y la evaluación del aparato digestivo.^{9,10,14-16}

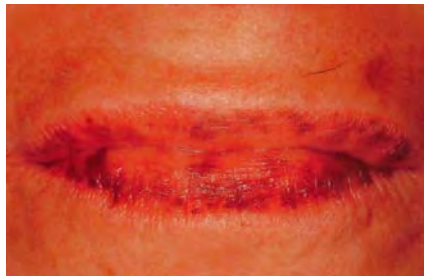


fig. 24.²⁵ efélides periorificiales



fig. 25. www.anmm.org.mx/boletin/2007/2007-04.pdf

Intrabucalmente, la más afectada es la mucosa, después la encía y el paladar duro. En cara las manchas tienden a agruparse alrededor de los ojos, de las ventanas de la nariz y de los labios. Rara vez la lengua muestra ésta pigmentación. Casi siempre está afectada la superficie mucosa de los labios, en particular la del labio inferior. Como dato interesante la pigmentación facial tiende a desaparecer con la edad, aunque las lesiones de la mucosa persisten toda la vida.^{12,14,15}



La pigmentación de la mucosa bucal, incluyendo la pigmentación melanínica se presenta con mucha frecuencia en varias situaciones: 1) pigmentación local y étnica, 2) manifestaciones pigmentarias bucales de las enfermedades generales, 3) alteraciones pigmentarias asociadas con medicamentos y otros químicos, y 4) neoplasmas pigmentados benignos y malignos.¹²

4.2 Enfermedad de Addison

La enfermedad de Addison (insuficiencia corticosuprarrenal primaria) ó hipoadrenalismo primario, es debido a la destrucción bilateral progresiva de la corteza suprarrenal por enfermedad autoinmune ideopatica, infección de la glándula suprarrenal (tuberculosis) ó malignificación.⁹

Clínicamente se caracteriza por hiperpigmentación de la piel (siendo más pronunciada en áreas de la piel que están expuestas al sol, en sitios de presión y en genitales), pigmentación de las mucosas (fig. 26), hipotensión, vómito, nauseas, diarrea, pérdida de peso, anemia intensa y debilidad general. La pigmentación café pálido a chocolate oscuro de la mucosa bucal, la diseminación sobre ésta desde los ángulos de la boca, de las encías, lengua y labios, o de todo lo anterior puede ser el primer signo de la enfermedad (fig. 27).^{9,1216}



fig. 26 y 27.²³ enfermedad de Addison, presentando en estas fotos pigmentación en lengua y mucosa bucal



La biopsia de las lesiones bucales, muestra acantosis, con gránulos positivos a la plata en las células del estrato germinativo.¹²

5 Pigmentación por metales pesados

Niveles crecientes de metales pesados (p. ej. arsénico, bismuto, platino, plomo, mercurio y oro) en la sangre, son responsables de las pigmentaciones bucales; este fenómeno se presenta de manera predominante en adultos, la causa más común para tales niveles crecientes es, después de una exposición ocupacional a los vapores de estos metales. En tiempo pasado, se utilizaron compuestos de arsénico y bismuto para tratar enfermedades como sífilis, liquen plano y otras dermatosis, lo que proporciona otro método de deposición bucal de metales pesados. En niños, las fuentes posibles de exposición incluyen agua contaminada por pinturas con contenido de plata, mercurio y plomo o drogas.^{7,9}

Los depósitos de metales pesados pueden ocurrir en la mucosa bucal (en especial en la encía) o la piel, y se presenta como lesiones de color gris o negro de distribución lineal en los bordes de la encía. La pigmentación de los tejidos gingivales por bismuto y plomo se conoce como línea de bismuto y línea de plomo de manera respectiva. La línea es proporcional a la inflamación gingival y al parecer resulta de la reacción del metal con sulfuro de hidrógeno en las zonas inflamadas.^{7,9}



IV. Planteamiento del problema

El gran número de lesiones pigmentadas encontradas en la consulta dental cotidiana, es en muchas ocasiones confundida con alguna otra lesión que desafortunadamente resulta complicado distinguir entre una y otra.

La importancia de las lesiones pigmentadas de la mucosa bucal constituyen alteraciones que aparecen frecuentemente en la clínica dental; las cuales por sus características y manifestaciones, en ocasiones es difícil realizar su diagnóstico si no se tiene la certeza del tipo de lesión que se presente y la única forma de saberlo es con el estudio histopatológico.

Ahora bien, es bien sabido que las lesiones pigmentadas llegan a tener graves consecuencias aunque la población no tenga conciencia de los daños que puedan llegar a ocasionar.

Por lo tanto, ¿Cuál es la prevalencia de las lesiones pigmentadas y tipo de lesiones pigmentadas encontradas con mayor frecuencia en los pacientes que acuden a la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología de la UNAM?



V. Justificación

La evaluación de un paciente que se presenta con una lesión pigmentada debe incluir toda la historia médica y dental, exploración extra e intrabucal y en ocasiones estudios de laboratorio.

Por lo que es necesario contar con los conocimientos adecuados para diferenciar todas aquellas lesiones, desde un punto de vista clínico para poder conocer su causa (etiología), sus mecanismos de desarrollo (patogenia) y sus consecuencias (pronóstico) para brindar una buena calidad en el tratamiento.

Para conocer la frecuencia de estas lesiones es importante realizar estudios de tipo epidemiológico que brinden información con la finalidad de establecer las lesiones pigmentadas más frecuentes en la población Mexicana, ya que la literatura describe estas lesiones en otras partes del mundo y en razas diferentes a la nuestra.

Finalmente familiarizarse con las imágenes clínicas mejorara el diagnóstico de estas lesiones y la diferenciación con cada una de ellas.

Por todo lo anteriormente mencionado, el propósito de este trabajo es determinar los tipos de lesiones pigmentadas más frecuentes, los grupos de edades donde se presentan con mayor frecuencia, así como su distribución según sexo y localización en pacientes que acuden a la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología.



VI. Objetivos

Objetivo general

- Determinar la prevalencia de lesiones pigmentadas en pacientes que acuden a la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología de la UNAM. En el periodo del mes de febrero, agrupándolos por edad, sexo, tipo de lesiones que se presenten y localización.

Objetivos específicos

- Determinar que lesión se encuentra con mayor frecuencia en los pacientes que acuden a la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología de la UNAM, en el período del 29 de enero del 2009 al 27 de febrero del 2009 en el turno vespertino.
- Establecer en cual de los géneros se encuentran con mayor frecuencia lesiones pigmentadas.
- Determinar en que edad son más frecuentes estas lesiones.
- Establecer la localización más frecuente de las distintas lesiones.



VII. Metodología

Material

- Bata.
- Cubre bocas.
- Guantes de látex.
- Abate lenguas de madera.
- Retractores de labios.
- Unidad dental.
- Lámpara de la unidad dental.
- Cámara fotográfica.
- Base de datos (anexo 1).
- Computadora.

Metodología

Para este estudio, se realizó la comunicación formal con las autoridades administrativas de la Facultad de Odontología y posteriormente con el coordinador de la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología con el objeto de contar con la autorización para realizar la exploración clínica de los pacientes que acudieron por primera vez a dicha clínica (anexo 2).

Se revisaron al azar los pacientes que acudieron a la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología de la UNAM. Tomando en la base de datos: fecha, nombre, edad, sexo, número de carnet, tipo de lesión, localización de la lesión (si se presentaba), y observaciones. Si se presentaron lesiones pigmentadas en cavidad bucal labios ó cara se tomaron las fotografías correspondientes de dicha zona con el consentimiento informado de los pacientes.



Se llevo a cabo un estudio transversal en la población de pacientes que acudió a la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología de la UNAM, con la finalidad de establecer la prevalencia de lesiones pigmentadas de los pacientes que acudieron a la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología de la UNAM.

La población de estudio se conformo de 452 pacientes, constando de 193 pacientes del género masculino y 259 del sexo femenino y, se excluyeron a los pacientes que por algún motivo no hayan permitido la revisión bucal o no hayan firmado el consentimiento para la toma de fotografías.

Los datos de cada paciente se registraron en un formato especialmente diseñado con los siguientes datos: fecha, nombre, edad, sexo, número de carnet, tipo de lesión, localización y observaciones.

La valoración clínica se realizo por medio de la exploración con guantes de látex, cubre bocas, bata, unidad dental, lámpara y abate lenguas de madera, de forma exhaustiva y en una sola ocasión.

Así mismo se tomaron fotografías de las lesiones pigmentadas detectadas en los pacientes revisados. El registro fotográfico se efectuó con una cámara fotográfica digital Olympus X-845 (anexo3).

Las lesiones pigmentadas encontradas en los pacientes se clasificaron por: tipo de lesiones, localización, edad y género.

Tipo de estudio

- Transversal.



Población de estudio

- Pacientes que acudieron por primera vez a la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología de la UNAM, en el período del 29 de enero del 2009 al 27 de febrero del 2009 en el turno vespertino.

Muestra

- 452 pacientes, 193 pacientes del sexo masculino y 259 del sexo femenino, de todas las edades, que acudieron a realizar el trámite del carnet a la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología de la UNAM.

Criterios de inclusión

- Todos los pacientes que acudieron por primera vez a la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología de la UNAM.
- Ambos sexos.
- Que acepten entrar en el estudio.
- Que firmen la hoja de autorización.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no permitan la toma de fotografías.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio

VARIABLES DE ESTUDIO

Variable independiente



- Pacientes que acuden a la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología de la UNAM.
- Edad.
- Género.

Variable dependiente

- Frecuencia de lesiones pigmentadas.
- Localización.
- Tipo de lesión.

VIII. Recursos

Humanos

- Una tutora.
- Un asesor.
- Un tesista.
- 452 pacientes, 193 pacientes del sexo masculino y 259 del sexo femenino, que acudieron a la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología de la UNAM.

Materiales

- Bata, cubre bocas, guantes de látex, abate lenguas de madera, retractores de labios, cámara fotográfica, unidad dental, lámpara de la unidad dental, base de datos, computadora.

Financieros

- A cargo del tesista.



IX. Plan de análisis

Los datos se vaciaron en el programa Excel y se obtuvieron frecuencias de género, edad, localización y tipo de lesión.

Se realizó un cruce de variables entre localización y lesión, género y lesión y la edad más frecuente contra lesión.



X. Resultados

Se revisaron un total de 452 individuos que acudieron a la clínica de admisión de la Facultad de Odontología y se obtuvieron los datos que se muestran en las tablas siguientes con respecto al género, edad, lesión y localización.

Tabla 1: Frecuencia de pacientes por género que acudieron a la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología de la UNAM en el período del 29 de enero del 2009 al 27 de febrero del 2009 en el turno vespertino.

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	259	57.3
Masculino	193	42.7
Total	452	100.0

Fuente directa.

En la población que acude a la clínica de admisión se encontró un total de 259 mujeres contra 193 hombres de un total de 452, siendo el género femenino el que predomina.

Tabla 2: Frecuencia de pacientes por intervalo de edad.

	Frecuencia	Porcentaje
0-10	4	.8
11-20	73	16.1
21-30	129	28.5
31-40	90	19.9
41-50	73	16.1
51-60	57	12.6
61-70	20	4.4
71-8	6	1.3
Total	452	99.7

Fuente directa.

En la década de la vida que se observaron mayor número de lesiones pigmentadas fue la tercera con un total de 129 pacientes de los cuales 22



pacientes presentaban lesiones, seguida de la cuarta década con un total de 90 pacientes con 11 pacientes afectados, al igual que la segunda (con 16 pacientes que presentaban lesiones) y quinta década de vida con un total de 73 pacientes; y los pacientes que presentaron menos número de lesiones fueron entre los 61 y 70 años.

Tabla 3: Frecuencia de lesiones en pacientes.

	Frecuencia	Porcentaje
Sin lesión	384	85.0
Efélides	1	.2
Efélides con máculas bucales	1	.2
Mácula melanótica	5	1.1
Melanosis del fumador	1	.2
Nevo	4	.9
Nevo labial y efélides	1	.2
Pigmentación fisiológica	53	11.7
Tatuaje	1	.2
Tatuaje por amalgama	1	.2
Total	452	100.0

Fuente directa.

La lesión que predominó en número de casos fue la pigmentación fisiológica con 53 casos, seguida de mácula melanótica y nevo con 5 y 4 respectivamente, agregando a este un caso en donde se presentaban ambas lesiones, también se encontraron 3 casos de efélides, los pigmentos exógenos que se encontraron con únicamente tres casos fueron 1 caso de melanosis del fumador y 2 casos de tatuajes.



Tabla 4: Frecuencia de localización de las lesiones.

	Frecuencia	Porcentaje
Sin lesión	384	85.0
Cara	1	.2
Cara y mucosa bucal	1	.2
Carrillos	1	.2
Encía insertada	39	8.6
Encía insertada y labios	6	1.3
Encía insertada y lengua	3	.7
Labio inferior	5	1.1
Labio inferior y cara	1	.2
Labio superior	1	.2
Labios	5	1.1
Lengua	1	.2
Mucosa labial inferior	1	.2
Paladar duro del lado derecho	1	.2
Reborde alveolar inferior	2	.4
Total	452	100.0

Fuente directa.

Los pacientes que no presentaron lesiones pigmentadas fueron un total de 384, el número de pacientes que presentaron una o varias lesiones pigmentadas fueron 68 y los sitios en donde se encontraron las lesiones fueron con mayor frecuencia en encía insertada, 48 casos, seguida por los labios con 12 casos, en estas localizaciones también estaban afectados otros sitios como cara, mucosas, paladar duro, reborde alveolar y lengua. Los labios estaban relacionados principalmente con la encía insertada.



Tabla 5: localización/lesión.

Lesión * Localización Tabulación por cruce.																	
		Localización.														Total	
		Cara	Cara y mucosa bucal	Carrillos	Encía insertada	Encía insertada y labios	Encía insertada y lengua	Labio inferior	Labio inferior y cara	Labio superior	Labios	Lengua	Mucosa labial inferior	Paladar duro del lado derecho	Reborde alveolar inferior		
Lesión.	Sin lesión	384	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	384
	Eférides	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Eférides con máculas bucales	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Mácula melanótica	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	2	5
	Melanosis del fumador	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Nevo	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	4
	Nevo labial y eférides	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	Pigmentación fisiológica	0	0	0	1	37	6	3	0	0	0	5	1	0	0	0	53
	Tatuaje	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	Tatuaje por amalgama	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total		384	1	1	1	39	6	3	5	1	1	5	1	1	1	2	452

Fuente directa.

Las eférides fueron encontradas en dos pacientes de la población en la zona de la cara y en una de ellas en la mucosa bucal. La mácula melanótica se presentó en 5 pacientes con tres localizaciones distintas como son: labio inferior, paladar duro y reborde alveolar. La melanosis del fumador se presentó solo en un paciente y fue en la zona de la encía insertada. Con diagnóstico clínico de nevo se encontraron 5, con localización en labios. Se diagnosticó un tatuaje por amalgama ya que se comprobó radiográficamente en la zona del reborde alveolar y un tatuaje en la zona de la mucosa labial.



XI. Discusión

En un estudio realizado por Tello T.J. En escolares de Yucatán, México, el período de estudio fue de enero a mayo de 1983, en una muestra probabilística de 806 pacientes con intervalo de edad de 6 a 14 años, 422 del género masculino y 384 del género femenino, y encontraron que las lesiones pigmentadas ocurren en un 32%, 140 hombres 32.17% y 118 mujeres 30.72% dando un total de 258 pacientes. Dentro de la patología de la mucosa bucal y la lengua destaca el rubro señalado como placas pigmentadas normales las cuales se piensa son una variación racial de la pigmentación.¹⁷ Al comparar dicho estudio con el presente se destaca la diferencia de predilección por género, ya que predominaron las lesiones en pacientes del sexo femenino, y se destaca al igual que la lesión pigmentada con mayor frecuencia es la pigmentación fisiológica.

El doctor Delgado R, Segismundo RM y Barceló K. seleccionaron un total de 155 biopsias de pacientes afectados. Las lesiones que predominaron fueron las siguientes: los nevos (de localización cutánea) 65.2%, pigmentación exógena 29%, lentigo 4.5%, y melanoma 1.3%. El sexo femenino fue el más afectado en cada una de las entidades. La presentación según grupos de edades fue variable, se observó que los nevos y el lentigo fueron más frecuentes en los jóvenes, entre los 30 y 39 años de edad (25.7 y 28.6% respectivamente). Mientras que las pigmentaciones exógenas fueron más frecuentes en pacientes mayores de 60 años (26.7%) en la cavidad bucal.¹⁹ En comparación con lo que refiere el doctor Delgado R. que se basó en estudios histopatológicos, se encontró que el sexo femenino es el más afectado por las lesiones pigmentadas y el intervalo de edad con mayor frecuencia de lesiones se presentó en la tercera década de vida.

Reynoso A. y Mendoza V. realizaron un estudio para determinar la magnitud de lesiones bucales de tejidos blandos en niños menores de 6



años de edad de la ciudad de México, durante el período de octubre del 2001 a septiembre del 2002 y fue realizado en 1057 niños. De las lesiones bucales en nuestra población la pigmentación melánica racial se presentó con mayor frecuencia en primer lugar con un 13.72%, siendo mas afectado el género masculino con 106 casos a 39 del género femenino.¹⁸ A pesar de que nuestro estudio no solo se basa en pacientes menores a 6 años de edad los valores encontrados para la pigmentación fisiológica fueron similares con respecto a la literatura, pero difiere en que las lesiones se presentan con mayor frecuencia en mujeres en lugar de hombres como se menciona en dicho artículo.

Martínez y García Pola en el año 2001, realizaron un estudio epidemiológico de patologías que afectan la mucosa bucal en pacientes de la escuela de Odontología en Oviedo España, en donde examinaron 337 pacientes (140 hombres, 197 mujeres) y encontraron que el número de pacientes con lesiones en la mucosa bucal fue de 198 (58,75%). La patología diagnosticada con más frecuencia fue la pigmentación melánica (n=83; 24,6%).²⁰ Concordamos con este estudio que los personas del sexo femenino son las que se presentan con mayor frecuencia a la consulta odontológica y en que la lesión pigmentada con mayor frecuencia es la pigmentación fisiológica.

En un estudio realizado por Ovalle JW. sobre prevalencia de lesiones histopatológicas bucales en la zona del Bajío, de agosto de 1990 a diciembre de 1996, en un total de 1047 biopsias predominando el sexo femenino y los pacientes de la década de los 20-29 años, encontró que se presentó solo un caso de melanoma en dicha población.²¹ En comparación con este estudio histopatológico el sexo que igualmente predomino fue el femenino así como los pacientes de la tercera década de vida.



XII. Conclusiones

En éste estudio podemos concluir que a pesar de que no realizamos el diagnóstico histopatológico y solo fue clínico que:

- 1) El género con más prevalencia de lesiones pigmentadas fue el femenino.
- 2) En relación a la edad, la mayor frecuencia fue en la tercera década de la vida, seguida de la segunda década.
- 3) La lesión con mayor frecuencia fue la pigmentación fisiológica, seguida de la mácula melanótica, los nevos, las efélides, los tatuajes y la melanosis del fumador.
- 4) Las lesiones se encontraron en tejidos blandos con respecto a los tejidos duros.
- 5) La zona más afectada se presentó en la encía insertada.



XIII. Referencias bibliográficas

- 1) Larsen WJ, Sherman LS, Potter SS, Scott WJ. Embriología Humana. Tercera edición. Madrid España. Elsevier España, S.A. 2003. Pp. 469-470.
- 2) More KL, Persaud TVN. Embriología Clínica el desarrollo del ser humano. Séptima edición. Madrid España. Elsevier España, S.A. 2004. Pp. 486-487.
- 3) Ross MH, Kaye GI, Pawlina W. Histología Texto y Atlas Color con Biología Celular y Molecular. Cuarta edición. Buenos Aires-Argentina. Editorial Médica Panamericana S.A. 2005. Pp. 409-412.
- 4) Fox SI. Fisiología humana. Séptima edición. España. Mc Graw-Hill. 2003. Pp. 92-93.
- 5) Sodemen WA, Sodeman TM. Fisiopatología clínica de Sodeman mecanismos de producción de los síntomas. Séptima edición. México. Nueva editorial Interamericana S.A. de C.V. 1988. Pp. 100.
- 6) Guyton AC. Fisiología y fisiopatología. Quinta edición. México. Interamericana Mc Graw-Hill. 1994. Pp. 604-605.
- 7) Kauzman A, Pavone M, Blanas M, Bradley G. Pigmented Lesions of the Oral Cavity: Review, Differential Diagnosis, and Case Presentations. J. Can. Dent. Assoc. 2004;17(10):682-3.
- 8) Giunta JL. Patología Bucal. Tercera edición. México. Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V. 1991. Pp. 153-156.
- 9) Regezi JA, Sciubba JJ. Patología bucal. Primera edición. México. Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V. 1991. Pp. 157-173.
- 10) Sapp JP, Eversole LR, Wisocki GP. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Segunda edición. Madrid España. Elsevier España, S.A. 2005. Pp. 167-173, 200-203, 388-389.
- 11) Braskar SN. Synopsis of Oral Patology. Seventh edition. USA. Mosby. 1986.
- 12) Shafer WG, Hine MK, Levy BM, Tomich CE. Tratado de Patología Bucal. Cuarta edición ilustrada. México. Nueva Editorial



Interamericana, S.A. de C.V. 1986. Pp. 20-21, 133-137, 598-600, 689.

- 13) Meleti M, Vescovi P, Mooi WJ, Van der Waal I. Pigmented Lesions of the oral mucosa and perioral tissues: a flow-chart for the diagnosis and some recommendations for the management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008;105(5):606-16.
- 14) Laskaris G. Atlas de enfermedades orales. Primera edición. Barcelona España. Masson. 2005.
- 15) Raspall G. Tumores de cara, boca, cabeza y cuello atlas clínico. Segunda edición. España. Masson, S.A. 2000. Pp. 101-104.
- 16) Lever WF, Schaumburg-Lever G. Histopathology of the skin. 7th edition. USA. JB. Lippincott company. 1990. Pp.
- 17) Tello TJ, Hernández J, Gutiérrez N. Epidemiología oral de tejidos duros y blandos en escolares del estado de Yucatán, México. *Rev Biomed* 1997; 8:65-79.
- 18) Reynoso A, Mendoza VM. Magnitud de lesiones bucales de tejidos blandos en niños de 1 a 6 años de edad de la ciudad de México. *Revista ADM* 2004; LXI (2):65-69.
- 19) Delgado R, Segismundo RM, Barceló K. Lesiones pigmentadas buco-faciales más frecuentes. Estudio clínico y correlación histopatológica. *Rev Cubana Estomatol* 2005; 42(2)
- 20) Moret Y, Rivera H, Cartaya M. Prevalencia de lesiones en la mucosa bucal de pacientes diagnosticados en el laboratorio central de histopatología bucal "Dr Pedro Tinoco" de la Facultad de Odontología de la Universidad de Venezuela durante el período 1968-1987.
- 21) Ovalle JW. Prevalencia de lesiones histopatológicas bucales en la Zona del Bajío. (Agosto del 90 a Diciembre del 96) *Revista ADM* 2000; LVII (4):132-136.



Referencias bibliográficas de figuras

- 22) Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquet JE. Oral & Maxillofacial Pathology. Second edition. United States of America. W.B. Saunders Company. 2002. Pp. 270-271, 330-331, 333, 335-336.
- 23) Cawson RA, Binnie WH, Barreto AW, Wright JM. Oral Disease clinical and pathological correlations. Third edition. Spain. Mosby. 2001. Pp. 11.5, 11.13.
- 24) Regezi JA, Sciubba JJ, Pogrel MA. Atlas of Oral and Maxillofacial Pathology. 1st ed. United States of America. W.B. Saunders Company. 2000. Pp. 47, 50.
- 25) Reichart PA, Philipsen HP. Atlas de Patología Oral. Barcelona España. Masson. 2000. Pp. 61, 139, 175.



XIV. Anexos

Anexo 1

Seminario de Patología Bucal.

Solicito su autorización para realizar exploración bucal y determinar la existencia de lesiones pigmentadas y si es necesario hacer la toma de fotografías clínicas de las lesiones con fines de enseñanza, con motivo de realizar estudio de tesina; "frecuencia de lesiones pigmentadas en pacientes que acuden a la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología".

Datos personales:

Facha.

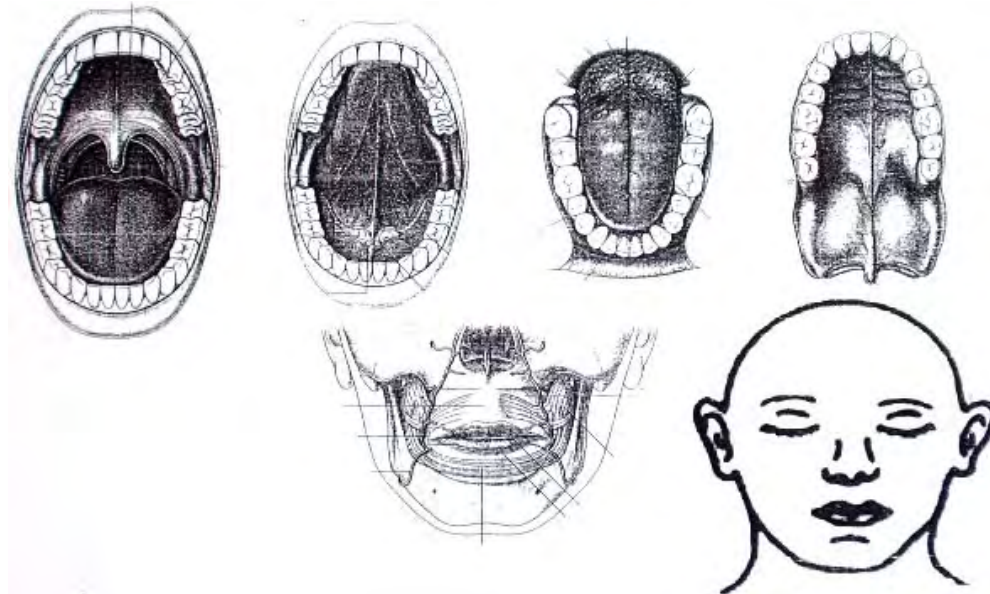
Nombre.

Edad.

Sexo. M , F

Carnet.

ESQUEMAS



LESIÓN: _____

ACEPTO que todos los datos son correctos y que se me ha informado el motivo del estudio, acepto la toma de fotos intrabucales y periorales que me puedan ser tomadas.

Firma del paciente.



Anexo 2

Ciudad Universitaria a 9 enero del 2009.

C.D. Manuel Lazzeri Fernández
Secretario Académico

Atención: C.D. Justo C. Zapata Acosta
Jefe de la Clínica de Admisión.

Por este conducto solicito a usted se autorice al alumno: Estrada Dávalos Angel Adan realizar la exploración clínica de pacientes que acuden a esta clínica de admisión para realizar proyecto de tesina "Lesiones Pigmentadas más Frecuentes en pacientes que acuden a la Clínica de Admisión" en el área de: Seminario de Patología Bucal de la Cuadragésima Segunda Promoción del Seminario de Titulación, los días martes, miércoles y jueves con horario de 3:00 p.m. a 6:00 p.m.

Agradeciendo de antemano la atención que se sirva dar a la presente y las consideraciones que ha tenido a bien brindarnos. Sin más por el momento aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATT. C.D. Dolores Carrasco Ortiz
Patología Bucal







