



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

IMPORTANCIA DE MÉTODOS DIAGNÓSTICOS PARA EL  
NEVO MELANOCÍTICO ORAL

**TESINA**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A:

SALOMÓN ESTEBAN ALFARO TORRES

TUTOR: DR. LUIS FERNANDO JACINTO ALEMAN

ASESOR: DRA. YOSHAMIN ABNOBA MORENO VARGAS



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.

## AGRADECIMIENTOS

---

Realmente al iniciar no sé por dónde empezar, quiero agradecer a mi padre Salomón Alfaro Albarrán, a mi madre Barbara Torres Lomelí quienes me han ayudado a estar hasta aquí, por el simple hecho de estar en esta licenciatura y plantel se los debo a ellos, desde el examen de admisión. Gracias a mi madre por los valores y la educación recibida y a mi padre por los consejos para estar aquí presente.

A mi abuela Guadalupe Lomelí Mariscal quien ha estado presente en los momentos más difíciles de mi vida y también ha sido un soporte, sostén y un gran ejemplo de vida, amor y siempre sabiéndome aconsejar y guiar por un buen camino de rectitud y siendo flexible y comprensible, aprendiendo de ella y de sus vivencias y experiencias. Esperando regalar un momento de felicidad al saber que estoy dando un paso más con el termino de esta etapa y que tendrá el gusto de ver mi título.

A la familia Alfaro en general, la familia de mi padre, que a pesar de no convivir tanto tiempo con ellos ha sido un gran apoyo, y ahora que tengo la oportunidad de estar más tiempo con ellos, no queda más, que agradecer por estar conmigo en tiempos de lucha y dificultades. Un agradecimiento individual a cada tío y primo por igual que me a pesar de la distancia siempre podremos compartir buenos, amorosos y gratos momentos.

Quiero agradecer a los maestros en la facultad de odontología que dejaron huella, maestros que me dieron clases y fueron varios que considere buenos y además de maestros fueron buenos consejeros y compañeros en la licenciatura.

Agradezco a mi tutor Luis Fernando Jacinto Alemán y a mi asesora Yoshamin Abnoba Moreno Vargas por su dedicación y paciencia durante el proceso de esta tesina. Un gran agradecimiento a la Dra. Arcelia Felicitas Meléndez Ocampo por su guía, ayuda y orientación durante la tesina.

Por ultimo y no menos importante, agradecer a mis amigos y compañeros de la facultad de odontología tanto cercanos como allegados, con los que compartí y con algunos sigo compartiendo buenos y gratos momentos, y que al verlos es un recordatorio de lo que soy y de lo que he crecido como persona.

# 1. ÍNDICE

---

2. Introducción.....	5
3. Propósito.....	6
4. Lesiones elementales.....	8
5. Lesiones pigmentadas.....	17
6. Lesiones melanocíticas.....	19
7. Lesiones no melanocíticas.....	20
8. Método diagnóstico para lesiones pigmentadas.....	24
9. Nevo melanocítico oral.....	30
10. Implicaciones del diagnóstico tardío de lesiones pigmentadas y nevo melanocítico oral.....	34
11. Conclusiones.....	37
12. Referencias bibliográficas.....	39

## 2. Introducción

---

La odontología, al tener su origen de la medicina, y ser una rama de ella, así como disciplinas derivadas de la misma, que tengan prácticas que sean una prestación de asistencia sanitaria en cualquiera de sus manifestaciones de manera cotidiana, se encuentran en su práctica profesional con pacientes enfermos o personas en busca de procedimientos para mejorar su aspecto físico o estético. Por lo cual es de gran importancia el establecer un diagnóstico. (1,2)

El contexto cultural, considera diferentes componentes, como aspectos psicológicos y económicos en los que se encuentra el paciente con respecto a su entorno; tomando en cuenta al paciente, ya mencionado, como un ser biopsicosocial debido a la conceptualización de la salud que es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de esta manera “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. De tal manera que podemos decir; la actividad principal del profesional del área de la salud se ha de centrar en el diagnóstico de la enfermedad sintomática.

Un diagnóstico adecuado requiere que, como profesionales del área de la salud, se sepa reconocer las manifestaciones clínicas, es decir, se debe considerar de manera íntegra todos los síntomas, signos y síndromes manifestados en molestias e incomodidades en los pacientes.(2) De esta manera se podrá reconocer y diferenciar la enfermedad, para esto se necesita conocer las enfermedades propiamente dichas, la nosología y la distribución, determinantes en grupos de pacientes apoyándonos de la epidemiología.

Toda la sintomatología, además de la narración ordenada, detallada y precisa de los acontecimientos sociales y psicofísicos, anteriores y actuales, vienen de la anamnesis y del examen físico que son parte de la historia clínica. La historia clínica es definida como un documento medicolegal donde se registran datos personales del paciente y también antecedentes heredofamiliares y patológicos.

Se tendrá que reconocer todos los antecedentes patológicos y padecimientos del paciente, considerando cada uno de los apartados del expediente clínico para que se pueda escoger un auxiliar diagnóstico que nos haga llegar a un diagnóstico veraz. Los auxiliares diagnósticos más utilizados en odontología son estudios de laboratorio clínico, biopsias y estudios de gabinete por imagen (estudios radiográficos).

El correcto uso, reconocimiento, lectura y registro de estos datos (resultados arrojados de los auxiliares diagnósticos) nos lleva a un diagnóstico más confiable. Y el uso del conocimiento completo anteriormente mencionado y ejecutado de una manera teórico-práctica, gracias a nuestro conocimiento empírico desde el inicio de nuestra licenciatura, nos da como resultado una metodología de diagnóstico, lo que nos permite introducirnos por el buen camino hacia una buena praxis.

### **3. Propósito**

---

Sensibilizar al odontólogo de reciente egreso para sobre la importancia de realizar una cuidadosa metodología para reconocer las características clínicas del nevo melanocítico oral y las implicaciones en el diagnóstico de esta patología. Para esto habrá de considerar la importancia de una correcta anamnesis al igual que una historia clínica completa en la cual se asientan las variables físicas del perfil clínico del paciente, además. Es importante recalcar que se puede avanzar de lo general a lo particular, es decir, mencionando las características de las lesiones elementales, que tipo de lesión elemental es el nevo melanocítico oral y a que lesiones pigmentadas pertenece hasta llegar a patologías que presentan características clínicas y macroscópicas tan similares que solo se pueden diferenciar de manera certera mediante el análisis microscópico que se podrá realizar al retirar el tejido lesionado mediante la biopsia



## **4. Lesiones elementales**

---

Al hablar de lesiones elementales nos referimos a un término utilizado para hablar de alteraciones o cambios presentados en la piel o mucosa, es un término utilizado para describirlas. Estas lesiones elementales tienen diferentes características y morfología y su interpretación y estudio de sus características nos permitirán llegar al diagnóstico nosológico.

Existen dos tipos de lesiones elementales, primarias y secundarias. Las lesiones primarias son aquellas lesiones que son la primera manifestación clínica de la enfermedad. Las lesiones secundarias son, como su nombre lo refiere, secundarias a estas lesiones primarias. Un ejemplo es la evolución de una pápula puede ser una úlcera o una cicatriz. (3, 4,5)

### **1.1 Lesiones elementales primarias:**

- Mancha
- Vesícula
- Ampolla
- Pústula
- Pápula
- Nódulo
- Escama

### **1.2 Lesiones secundarias:**

- Mácula
- Costra
- Úlcera
- Cicatriz
- Necrosis

## Manchas

Las manchas son cambios en la coloración de la piel y mucosa y estas no tienen ningún relieve o consistencia, por lo cual no son apreciables a la palpación. Estas pueden cambiar su coloración por el aumento o disminución del pigmento melánico; hiper Cromías para el aumento e hipocromías para la disminución. (5)

Un correcto procedimiento de exploración física durante la elaboración de la historia clínica nos puede ayudar al reconocimiento y detección de un diagnóstico oportuno de estas lesiones. (6)

Existen manchas de origen racial, que son debido a la presencia de melanocitos y su pigmentación; y también existen manchas que son debidas a las alteraciones de los pigmentos hemáticos y estructuras vasculares. Un ejemplo pueden ser las manchas purpuras, que son provocadas por extravasación sanguínea y un depósito en la dermis de pigmento hemático y también los tatuajes por amalgama. (6-9)



Figura 1. Tatuaje por amalgama (10)

## **Vesícula**

Son lesiones que en su formación intervienen fenómenos como el de la espongirosis, este consiste en una alteración que se presenta por un edema intercelular, por la presencia de plasma exudado por la dermis.

En su descripción y diferenciación es una lesión que en su interior se puede encontrar líquido, es elevada sobre el nivel de la piel y mide menos de 5mm. (6,9)



Figura 2. Vesículas en paladar blando (11)

## **Ampolla**

Las ampollas se pueden definir y describir como lesiones que tienen un contenido líquido, elevadas sobre el nivel de la piel, son circunscritas y miden más de 5mm. (9)



Figura 3. Ampolla en zona retromolar relacionada a pénfigo vulgar (12)

### **Pústula**

Se describen y definen como lesiones elevadas sobre el nivel de la piel, circunscritas y con contenido purulento. El contenido purulento es un líquido que por lo general es amarillento y espeso, es rico en neutrófilos y se conoce como pus (13). Pueden evolucionar a la erosión y posteriormente a la costra. (6,9)



Figura 4. Pústula localizada en encía interdientaria. (14)

## **Pápula**

Son lesiones que presentan una elevación sobre el nivel de la piel, de consistencia compacta, circunscrita y sólida. Su tamaño esta entre los 2 y 5 mm. Las pápulas de pueden aparecer de manera aislada o pueden presentarse formando placas de dimensiones variables y que en ocasiones pueden alcanzar extensiones mayores de 1cm. (6,9)



Figura 5. Pápula en quiste gingival del recién nacido (15)

## **Nódulo**

Lesiones circunscritas, redondas, profundas y de contenido sólido, que pueden estar cubiertos por piel o mucosa, de apariencia normal y dependiendo del tamaño y localización, pueden ser detectados por medio de la palpación; no todos los nódulos son palpables. Los nódulos pueden evolucionar hacia una ulcera. (6,9)



Figura 6. Nódulo producto de un fibrolipoma en cavidad oral (16)

### Escama

Son alteraciones de la capa córnea y se presentan en forma de laminillas que debido a la sequedad se desprenden de la mucosa. Esto se debe a un proceso fisiológico de descamación, en el cual se desprenden las células corneas que terminan su proceso de queratinización. (6,9)



Figura 7. Descamación provocada por queilitis actínica (17)

## **Lesiones elementales secundarias**

### **Maculas**

No presenta elevación al nivel de piel ni relieve, es un cambio en la coloración de la piel. Se distingue de la mancha por medir menos de 1cm. (6,9)



Figura 8. Pequeñas maculas por efélides (18)

### **Costra**

Es definida como una masa sólida, va a presentar una consistencia variable y es formada de manera posterior a la desecación de exudados o de la secreción de alguna patología. Pueden ser de origen purulento o seroso. (6,9)





Figura 9. Costras debido al eritema multiforme (19)

### **Úlcera**

Lesión que presenta una pérdida de profundidad o sustancia, que no tiende a cicatrizar. Puede ser de origen infeccioso, cancerígeno, traumáticas, inflamatorias, inmunológicas, entre otras. (6,9)



Figura 10. Úlceras múltiples en paladar (20)



## **Cicatriz**

Es una lesión formada por tejido conectivo fibroso el cual se usa como reparación de una destrucción dérmica o epidérmica. (6,9)



Figura 11. Cicatrización posterior a cirugía de terceros molares (21)

## **Necrosis**

Es tejido sin vida, el cual se encuentra separado del tejido sano que lo rodea. La necrosis se puede ver de un color negruzco, amarillo grisáceo o violáceo sanguíneo. (6,9)



Figura 12. Lesión necrótica presentada al momento de la cirugía (22)

## 5. Lesiones pigmentadas

---

Son lesiones, que se presentan como cambios de coloración en la piel. Son asintomáticas y pueden presentarse de manera uniforme o en forma de lesiones múltiples. Son más comunes en personas con piel oscura y es más frecuente en hombres que en mujeres.

Se pueden clasificar en lesiones pigmentadas melanocíticas y lesiones pigmentadas no melanocíticas. Pueden ser benignas o malignas. (3,7,8)

Benignas melanocíticas: Melanosis racial y melanosis del fumador.



Figura 13. Melanosis del fumador (19)

Malignas melanocíticas: Melanoma, melanoma sobre lentigo maligno, melanoma nodular.



Figura 14. Melanoma oral en zona palatina (23)

Benignas no melanocíticas: Queratosis seborreicas, tatuaje por amalgama y dermatofibroma.



Figura 15. Dermatofibrosarcoma protuberans pigmentado (24)

Malignas no melanocíticas: Carcinoma basocelular.



Figura 16. Carcinoma Basocelular en adulto mayor (25)

## 6. Lesiones melanocíticas

---

Son lesiones que se presentan en mucosa y en piel, son asintomáticas y de manera fisiológica se debe al exceso de producción de melanina por parte de los melanocitos o al aumento en la reproducción celular de estas células. Su coloración puede ser marrón, azul, grises o negras.

La melanina es un pigmento producido por células llamadas melanocitos que contribuyen a la coloración de la mucosa y la piel. Los melanocitos son células especializadas que se encuentran en la capa basal del epitelio. (3,7,8)

Las lesiones melanocíticas abarcan un 0.4 a un 0.5% de las lesiones orales. (26) El color de la mucosa va a depender de varios factores, entre estos son; el número y la actividad melanogénica de los melanocitos en las capas de células basales del epitelio. Otros factores son genéticos, debido a la cantidad de melanina, la cual es determinada de manera genética. El color de piel de la población es un factor importante debido a que estas pigmentaciones son más comunes en poblaciones africanas, asiáticas y mediterráneas debido a una mayor actividad de los melanocitos. (26,27)

La pigmentación en la cavidad oral puede ser patológica o fisiológica y así mismo la pigmentación patológica puede ser exógena o fisiológica.

La pigmentación patológica exógena es asociada a factores externos que la provocan, algunos ejemplos son: consumo de drogas, fumar tabaco o tatuaje de amalgama. La pigmentación patológica endógena es asociado a algunos cambios endocrinos en el organismo, síndromes o infecciones.

La pigmentación fisiológica puede deberse a una mayor producción de melanina por parte de los melanocitos; o a un aumento en la reproducción de los melanocitos. (26,27)



Figura 17. Melanoma mucoso localizado en lengua (28)

## 7. Lesiones no melanocíticas

---

Esta clase de lesiones tiene como característica el que no tiene que ver con los melanocitos, ni su sobre reproducción celular, ni con la melanina que producen.

Esta clase de lesiones se puede presentar en diferentes coloraciones; Blanca, rojiazules, amarillas, cafés o negras. Pueden ser por causas exógenas o endógenas, fisiológicas o patológicas. Las exógenas son por agentes químicos o físicos que dañan el tejido de la mucosa bucal. Las endógenas pueden ser fisiológicas o patológicas y son manifestaciones de diversas patologías. (7)

### Lesiones blancas:

- I. Nevo esponjoso blanco oral: Alteración autosómica dominante, asintomática, consistencia esponjosa, bilateral y simétrico. Su diagnóstico

diferencial incluye mordeduras de los carrillos y queratosis traumática o friccional y se necesita de biopsias para dar el diagnóstico. No hay tratamiento específico, pues es una patología asintomática y benigna que no se maligniza. (7)

- II. Estomatitis nicotínica: Esta alteración es una queratosis que solo se presenta en pacientes fumadores, la gravedad de estas lesiones es directamente proporcional a la intensidad del consumo. Se presenta de manera inicial como un eritema en la mucosa palatina, en casos graves puede presentarse pliegues o surcos que dan una imagen rugosa a toda la mucosa. En raras veces se maligniza y su tratamiento consiste en reducir o eliminar completamente la cantidad de tabaco que se consume. (7)
- III. Leucoplasia idiopática: Leucoplasia es un término clínico que sirve para nombrar a una placa o parche blanco. Se nombra el término clínico de leucoplasia después de descartar la presencia de liquen plano, candidiasis, leucoedema o nevo esponjoso blanco. Gran parte de las leucoplasias tienen su etiología en el consumo del tabaco y lesiones causadas por traumatismos, se puede deber a prótesis mal ajustadas. Sólo el 5% de las leucoplasias tienen una transformación maligna. El tratamiento consiste en eliminar los hábitos que causen traumatismos, corregir prótesis mal ajustadas y suspender el uso de tabaco. (7)
- IV. Lengua Velloso: De manera general es idiopática, es una alteración que se presenta en la parte dorsal de la lengua. Sus factores predisponentes van desde consumo de ciertos medicamentos, tabaquismo y pacientes que sufren radioterapia de cabeza y cuello por cáncer. La razón principal es la disminución de la microflora bacteriana de la boca, lo cual favorece el desarrollo de bacterias y hongos. Clínicamente se manifiesta como una hipertrofia de las papilas filiformes. Sus síntomas son mínimos, y van desde náuseas o parestesia. Dependiendo de la composición de las bacterias y del entorno, la coloración de la lesión puede variar desde blanco, café oscuro, café claro y negro. El diagnóstico de esta lesión requiere de una biopsia. El tratamiento va desde cepillado de lengua hasta la suspensión de medicamentos y sustancias que estén provocando la

proliferación bacteriana y decirle al paciente que esta lesión es de naturaleza benigna. (7)

V. Lengua Geográfica: La etiología de esta enfermedad es desconocida, se le puede relacionar a estrés emocional, infecciones bacterianas o micóticas, dermatitis seborreica, síndrome de Reiter y atopia. Clínicamente se puede notar la descamación de las papilas filiformes y bordes gruesos de color blanco o blanco amarillento. Al observar la evolución de esta enfermedad durante días y semanas cambia de patrón y pareciera que se moviera a través del dorso lingual. Es Asintomática, benigna y su tratamiento consiste en esteroides tópicos y que además contienen antimicóticos. (7)

VI. Liquen plano: El liquen plano es una enfermedad mucocutánea, la cual se caracteriza por el daño en las células basales. La gravedad de la lesión va a depender del nivel o grado de estrés del paciente. Su manifestación bucal más frecuente es la forma reticular, en la cual se van a presentar numerosas líneas queratosicas o estrías con un patrón anular de encaje. El tratamiento se basa en corticoesteroides debido a su capacidad para disminuir la inflamación. Se pueden aplicar de manera tópica, así como la inyección local. El empleo de la dapsona (diaminodifenil-sulfona) ya que este medicamento ayuda a controlar procesos que son mediados por los linfocitos. (7)



Figura 18. Liquen plano en mucosa bucal (29)



Figura 19. Lengua geográfica (30)

#### **Lesiones rojiazules:**

- I. Granuloma piógeno: El granuloma piógeno se presenta como una masa roja y está formada de tejido hiperplásico de granulación el cual se da por una reacción, en la cual el tejido conectivo va a proliferar de manera exagerada ante un estímulo o agresión. (7)
- II. Sarcoma de Kaposi: Su origen es células endoteliales, y su etiología viene de predisposición genética, inmunodepresión. De manera clínica el sarcoma de Kaposi se puede presentar en pacientes con SIDA, pero no son el único tipo de personas que lo presentan, también se puede presentar en pacientes. (7)
- III. Eritroplasia:





Figura 20. Sarcoma de Kaposi en paladar (31)

## **8. Métodos de diagnóstico para lesiones pigmentadas**

---

Hay una gran variedad de métodos de diagnóstico que usamos para diagnosticar de manera final una patología. Los que se usan para cavidad oral son: Citología exfoliativa, tinción con azul de toluidina y biopsia.

### **Citología exfoliativa**

Se basa en analizar las células que se descaman del epitelio, debido al constante recambio celular.

Esta técnica es sencilla, no agresiva y normalmente es bien recibida por los pacientes, y puede ser utilizada para el diagnóstico de cáncer bucal.

La importancia de este método diagnóstico es el identificar y tener la certeza de que una lesión sea benigna o maligna, por lo que nos ayuda a la prevención de lesiones malignas. (32,33)



Figura 21. Citología exfoliativa con hisopo (33)

Las indicaciones para la utilización de la citología exfoliativa oral son las siguientes:

- I. En la presencia de lesiones difusas y en donde tuviéramos que hacer demasiadas biopsias incisionales.
- II. En lesiones superficiales.
- III. En pacientes que se niegan a la biopsia.

Las contraindicaciones para la utilización de la citología exfoliativa son las siguientes:

- I. Lesiones que sean demasiado profundas y que además se encuentren cubiertas por mucosa normal.
- II. Lesiones que su superficie sea necrótica.
- III. Lesiones queratósicas.

### **Prueba del azul de toluidina**

Esta prueba consiste en enjuagues con compuesto del azul de toluidina. Es utilizada para el diagnóstico precoz del cáncer bucal. Es indicada en pacientes con sospecha de lesiones malignas en boca. Una contraindicación son los falsos negativos y los falsos positivos. (5,34)

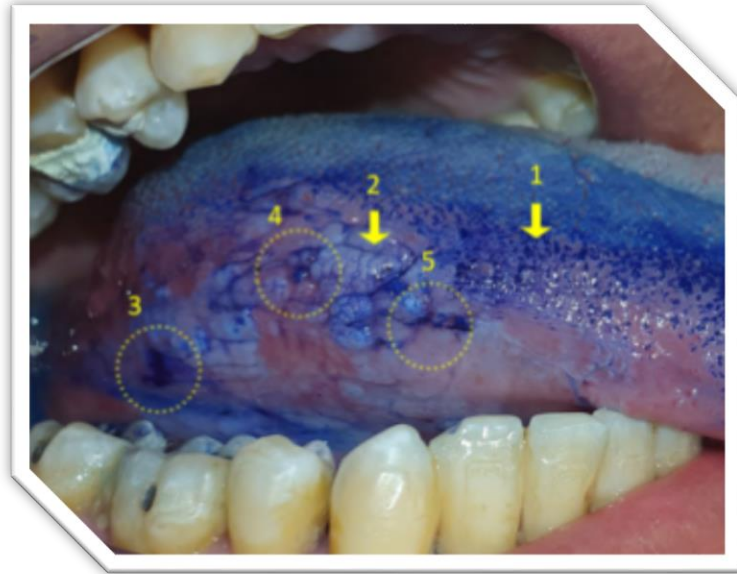


Figura 22 Prueba de azul de toluidina para diagnosticar carcinoma in situ (34)

## Biopsia

La biopsia es la obtención de una porción o totalidad de tejido en boca o en cualquier parte de nuestro cuerpo. La cual es eficaz para ayudarnos a diagnosticar lesiones malignas o benignas, para poder establecer un plan de tratamiento efectivo.

Las biopsias pueden ser escisionales e incisionales. En las biopsias escisionales se extirpa la lesión por completo y se somete a su análisis. Las biopsias incisionales es cuando se obtiene una porción representativa de la lesión.

Una vez que se realizó el procedimiento el tejido tiene que dejarse en una concentración de formol al 10% para fijarla. (5)

Las biopsias en general se pueden hacer con anestesia local y en sospecha de metástasis se puede realizar con asa diatérmica, la cual se monta en el mango del bisturí eléctrico, esto es con el fin de no dejar vasos sanguíneos abiertos así evitar que la metástasis se propague. (5)

Lo que se menciona a continuación son comentarios y recomendaciones sobre el manejo de las biopsias:

- I. Entregar el tejido seccionado a tiempo al patólogo.

- II. Para mejorar la realización del diagnóstico es importante incluir radiografías así mismo como anexar fotografías clínicas al momento de mandar el tejido al patólogo.
- III. En caso de haber presencia de calcificaciones prevenir y mencionarle al patólogo.

Un caso muy común donde se usan las biopsias es en el Virus del papiloma humano (VPH). En estos casos el papiloma se manifiesta de una manera oral y la lesión se retira realizando una biopsia escisional y se manda la muestra a laboratorio para realizar el estudio. (4,5)



Figura 23. Papiloma solitario en lengua (35)



Figura 24. Fotografía después de la biopsia (35)

### **Dermatoscopia**

Es un método de diagnóstico no invasivo, en el cual se utiliza un dermatoscopio para observar a manera detallada zonas y detalles que no se pueden apreciar sin este mismo. Esta indicado para el diagnóstico precoz del melanoma y del cáncer basocelular. (36)

Existen dos tipos de dermatoscopios, el de inmersión; en el cual va a existir un contacto con la placa o lente que lo compone. Y el dermatoscopio polarizado, en el cual no va a existir contacto entre la placa o lente. (36)



Figura 25. Cuadro donde se muestran los tipos de dermatoscopios. (36)

### **Microscopia Confocal**

Esta técnica consiste en utilizar un láser para provocar un estímulo y excitar a los electrones de las moléculas. Es una técnica que forma parte de las técnicas de microscopia fluorescente.

La ventaja de este método diagnóstico es que nos va a permitir una alta resolución, además de que se pueden observar procesos estáticos y que procesos que pasan en tiempo real. (37)

### **Tomografía de coherencia óptica**

Es un método de diagnóstico invasivo cuya técnica usa una luz infrarroja emitida por un catéter. Nos permite distinguir distintos tipos de tejido, fibroso, calcificado, lipídico y necrótico. Nos va a proporcionar imágenes digitales de las estructuras vasculares en las que se encuentre el catéter.

Nos permite encontrar daños a nivel arteroesclerótico y darnos una idea del daño y avance de la patología. (38,39)

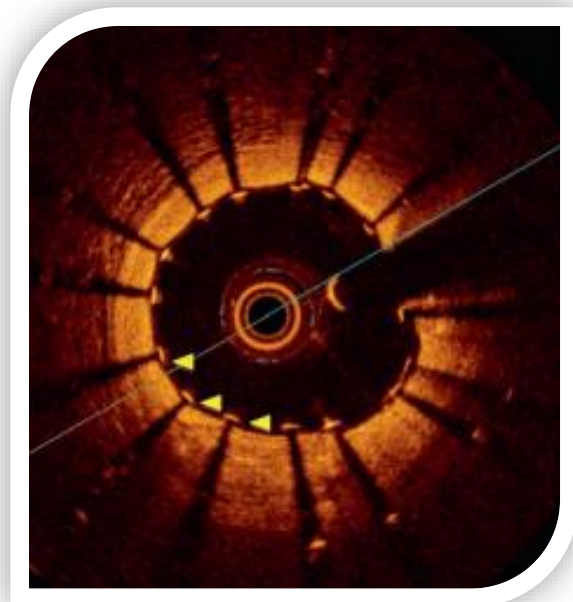


Figura 26. Imagen digital observada a través mediante tomografía de coherencia óptica. (39)

## 9. Nevo melanocítico oral

---

El término nevo se refiere a lesiones congénitas pigmentadas de piel o mucosa. Nevo y lunares pueden ser sinónimo.

Los nevos son un conjunto de células de origen melanocítico, aunque su origen es melanocítico, las células nevicas se diferencian de los melanocitos en que no tienen dendritas y en que estas tienden a “agruparse”. (8,26,27)

El nevo melanocítico oral es el conjunto de células nevicas en boca. Tiende a encontrarse en la mucosa bucal, paladar duro, encía o labios.

Hay tres tipos comunes según la localización de las células nevicas; intradérmico, de unión y compuesto. Debido a sus características su diferenciación se hará hasta el estudio histopatológico. (3,8,26,27)

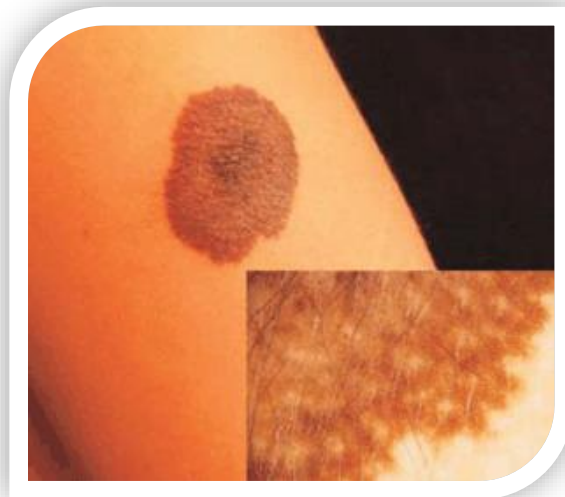


Figura 27. Nevo melanocítico congénito en brazo (40)





Figura 28. Nevo melanocítico oral (16)

### **Diagnóstico clínico de nevo melanocítico oral**

La etiología del nevo melanocítico oral es de origen hereditario y se presenta a una edad promedio de 35 años. Y más frecuente en las mujeres que en los hombres. (8,27,28)

Los nevos melanocíticos orales son maculas o pápulas asintomáticas y se manifiestan en paladar duro, encía, labios y mucosa labial. Van del color negro al marrón. Es una lesión de plana de superficie lisa.

El diagnóstico del nevo melanocítico oral va a depender totalmente del análisis histopatológico, el cual se realiza una vez que se extirpa la lesión por medio de una biopsia escisional.

En el análisis histopatológico se puede apreciar una agrupación de células nevocas y dependiendo de su localización en el epitelio, se pueden encontrar de 3 tipos:



## Nevo melanocítico intradérmico

Su manifestación es como una pápula o una macula, es asintomático y su pigmentación varía de negro a marrón y la lesión crece muy lentamente. (7,8)

Histopatología:

- I. Las células nevicas forman tecas y/o cordones mientras se encuentran confinadas al tejido conjuntivo.
- II. Su morfología celular va a ser variable los tipos que se encuentran son epitelioide, linfocítico, multinucleado y fusiforme.
- III. La melanina se encuentra de manera variable, tanto en cantidad como en su distribución.
- IV. Presenta un tejido conjuntivo fibroso que separa las células nevicas del tejido suprayacente.

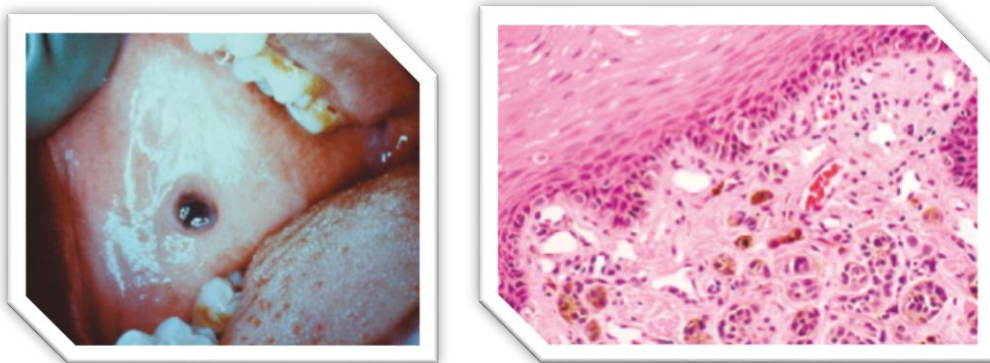


Figura 29. Nevo melanocítico oral vista clínica y vista a través de un corte histológico (16)

## Nevo melanocítico de unión

Clínicamente se presenta como una lesión macular pigmentaria en paladar duro o encía, la diferenciación se puede apreciar más de manera histopatológica. (7,8)

Histopatología:

- I. Presenta nidos de células nevicas en la región basal del epitelio.
- II. Ausencia de células nevicas en el tejido conjuntivo adyacente.

### **Nevo melanocítico compuesto**

De igual manera que en los otros nevos se presentara como una macula o pápula. (7,8)

Histopatología:

- I. Presenta células nevicas en la región basal del epitelio en el tejido conjuntivo adyacente.

Características generales del nevo melanocítico oral:

- I. De manera común es intradérmico
- II. Suelen medir de 4 a 6mm en su mayor diámetro
- III. Los sitios más comunes de afección oral son el paladar duro, encía y mucosa oral en ese orden.
- IV. Son maculas o pápulas

La etiología del nevo melanocítico oral es de origen hereditario y se presenta a una edad promedio de 35 años. Y más frecuente en las mujeres que en los hombres. (8,27,28)

Los nevos melanocíticos orales son maculas o pápulas asintomáticas y se manifiestan en paladar duro, encía, labios y mucosa labial. Van del color negro al marrón. Es una lesión de plana de superficie lisa.

El tratamiento del nevo melanocítico oral consiste en la biopsia escisional y remitida a un examen histopatológico, esto es para descartar la presencia del melanoma melanocítico, el cual es maligno, y suele parecerse en una fase temprana al nevo melanocítico oral, por lo cual su diagnóstico temprano ayuda a la prevención del ya mencionado melanoma melanocítico oral. (8)(27)

## 10. Implicaciones del diagnóstico tardío de lesiones pigmentadas y nevo melanocítico oral

---

El diagnóstico temprano del nevo melanocítico, oral está implicado a la prevención de patologías que se presentan por medio lesiones cutáneas malignas.

Un ejemplo muy claro que podemos mencionar a continuación es la manifestación clínica del melanoma melanocítico. Debido a que las características clínicas del melanoma son muy parecidas y más a una edad temprana es importante extirparlo mediante una biopsia y realizar un análisis histopatológico. De esta manera se podrá prevenir un avance metastásico y dar un tratamiento oportuno al melanoma.

Cabe mencionar que el pronóstico del melanoma, en su mayoría, es desfavorable.

Cuanto más tiempo se tarde en identificar, diagnosticar y darle tratamiento al melanoma melanocítico oral más complicaciones habrá, por lo tanto, más desfavorable será el pronóstico, debido a su agresividad.

El nevo melanocítico oral es benigno, pero su detección temprana ayuda a descartar patologías agresivas como lo son los melanomas. (8)

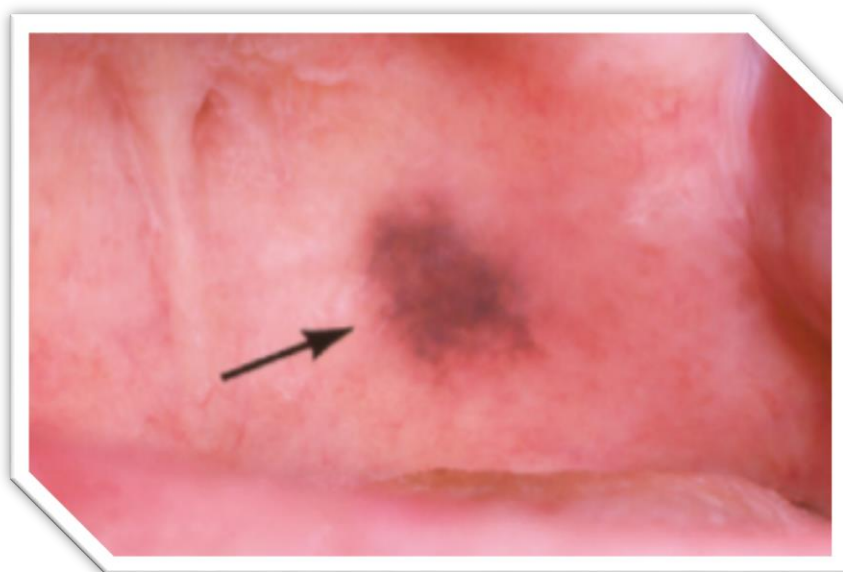


Figura 30. Melanoma en paladar blando (16)

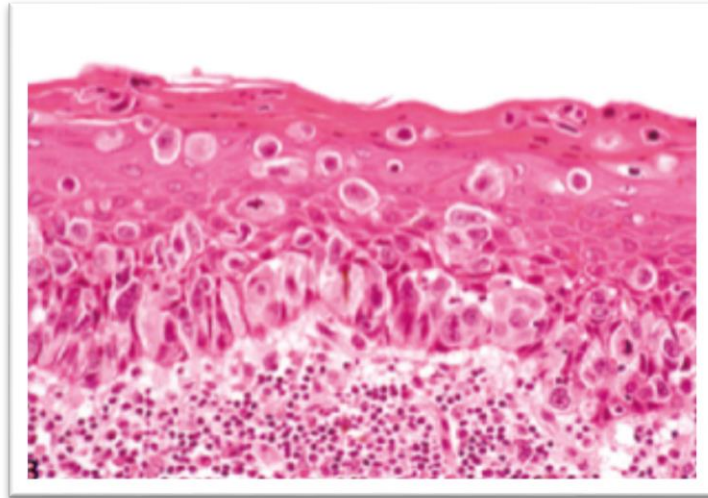


Figura 31. Corte histológico de la Figura 30 donde se muestran los numerosos melanocitos. (16)



Figura 32. Nevo melanocítico oral (33)

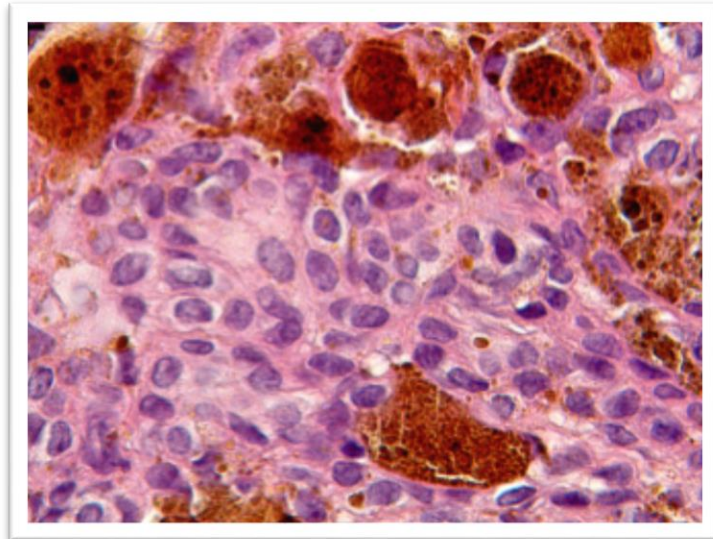


Figura 33. Corte histológico donde se pueden ver las características del nevo melanocítico oral y la producción de melanina. (33)

## 11. Conclusión

---

- Para el diagnóstico de cualquier enfermedad es importante utilizar todas las herramientas disponibles para un diagnóstico certero. Entre estas herramientas se encuentra una correcta y completa elaboración de la historia clínica, ya que, estos datos nos ayudan a encontrar ciertos antecedentes patológicos, lo cual nos ayudara a entender y encontrar la etiología las enfermedades de nuestros pacientes.
- Para la realización de una correcta historia clínica se debe de hacer una correcta exploración tanto física como clínica de nuestros pacientes y ser detallados al momento de realizarla.
- Al realizar la exploración física y clínica para se deben de hacer estudios y procedimientos para analizarlos y llegar a un diagnóstico final. Uno de estos es la biopsia.
- El nevo melanocítico oral es una enfermedad en la que no basta distinguir sus manifestaciones clínicas, ya que es muy fácil de confundir con el melanoma oral en desarrollo temprano pues tienen características morfológicas similares.
- La diferenciación del nevo melanocítico oral y del melanoma oral solo se puede hacer de manera histológica, por lo cual es importante realizar una biopsia para extirpar el tejido y revisar el tejido de manera microscópica.
- Además de esto es muy importante cumplir con una metodología correcta al hacer la biopsia y cumplir con una entrega temprana del tejido, además de anexar radiografías y fotografías para que el patólogo pueda tener un panorama completo de la situación.
- Además del diagnóstico temprano de una lesión maligna, como lo es el melanoma oral, también sirve para tranquilidad del paciente ya que el

nevo se puede presentar de manera espontánea en unos casos, así al descartar la malignidad de la lesión el paciente puede quedar confiado de un pronóstico favorable.

- De no ser por la existencia de las biopsias no se podría realizar un análisis histopatológico y por lo tanto llegar al diagnóstico diferencial.

## 12. Referencias

---

1. De la Calzada S. Exploración clínica en estomatología y su interpretación. 3 ed. Montalvo D.L P, editor. Madrid; 1972.
2. Argente H. Semiología médica: fisiopatología, semiotecnia y propedéutica, enseñanza-aprendizaje centrada en la persona. 3era ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2021.
3. Sapp J. Philip. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 1 ed. Madrid: Elsevier España; 1998.
4. Portilla Robertson J. Texto de patología oral. 1 ed. México: El ateneo; 1989.
5. Gaitán Cepeda LA. Medicina y patología bucal: guía diagnóstica de lesiones de la mucosa bucal. 1 ed. México D.F: Editorial Trillas; 2015.
6. Bagan Sebastian JV. Medicina oral. 1 ed. Barcelona; México: Masson; 1995.
7. Regezi JA. Patología bucal: correlaciones clinicopatológicas. 3a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
8. Neville BW. Color atlas of clinical oral pathology. 2nd ed. Hamilton, Ontario: BC Decker; 1991.
9. Thoma KH. Patología oral. 1 ed. Barcelona: Salvat; 1973.
10. Hernández Rivera P. Tatuaje de amalgama: Pigmentación exógena más común de la cavidad oral. Revista argentina de dermatología. 2021 Mar; 102:49–58. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-300X2021000100046](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2021000100046)
11. Morales Barrera ME. Vesículas en mucosa oral. Rev Cent Dermatol Pascua. 2012; 21:27–9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2012/cd121g.pdf>
12. Gala Penagos E, Barbi Actis J, Capote Moreno AL. Enfermedad ampollosa autoinmune de cavidad oral: pénfigo vulgar. A propósito de un caso clínico. Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. 2020; 42:185–8. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/maxi/v42n4/2173-9161-maxi-42-04-00185.pdf>
13. Rivas Muñoz R. Notas para el estudio de endodoncia. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. 2013. Disponible en: <https://www.iztacala.unam.mx/rrivas/NOTAS/Notas7Patpulpar/infagualte xudados.html>



14. Díaz-Caballero AJ, Rivera-Peñates DM. Factores etiológicos de abscesos periodontales: Una patología emergente. Informe de tres casos. *Universidad y Salud*. 2022; 24:205–11. Disponible en: <http://scielo.org.co/pdf/reus/v24n2/2389-7066-reus-24-02-205.pdf>
15. R. Gnepp Douglas. *Diagnostic surgical pathology of the head and neck*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2009.
16. Freitas Ramos T de C. Fibrolipoma en cavidad oral. *Revista Odontológica Mexicana*. 2018; 22:95–9. Disponible en: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rom/article/view/65263>
17. Boza Oreamuno DDS YV. Queilitis actínica: Reporte de tres casos y revisión de literatura. *ODOVTOS-International Journal of Dental Sciences*. 2018 Nov 12; 20:33–42. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/odovtos/ijd-2018/ijd183d.pdf>
18. Fernández-Blanco G, Guzmán-Fawcett A. Lesiones pigmentadas de la mucosa oral. Parte I. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*. 2015; 13:139–48. Disponible en : <https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2015/dcm152k.pdf>
19. Gavaldá-Esteve C. Eritema multiforme. Revisión y puesta al día. *RCOE*. 2004; 9:415–423. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1138-123X2004000400004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2004000400004)
20. Somacarrera Pérez ML. Lesiones traumáticas en la mucosa oral de los adultos mayores. *Avances en Odontoestomatología*. 2015; 31:129–34. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852015000300003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852015000300003)
21. Guzmán Castillo GF. Cicatrización de tejido óseo y gingival en cirugías de terceros molares inferiores. Estudio comparativo entre el uso de fibrina rica en plaquetas versus cicatrización fisiológica. *Revista Odontológica Mexicana*. 2017; 21:114–20. Disponible en: <https://revistas.unam.mx/index.php/rom/article/view/60341>
22. Ocampo García KG. Presentación inusual de osteonecrosis maxilar con invasión a seno. Caso clínico. *Revista Odontológica Mexicana*. 2017; 21:267–72. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/rom/v21n4/1870-199X-rom-21-04-267.pdf>
23. Zapata S. Melanoma oral: Importancia de un diagnóstico temprano. Un caso clínico. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral*. 2017; 10:90–2. Disponible en : [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0719-01072017000200090](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072017000200090)

24. Nieto-Benito L. Dermatofibrosarcoma protuberans pigmentado Descripción de un caso pediátrico. Revista chilena de pediatría. 2020 Feb; 91:99–104. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062020000100099](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020000100099)
25. Miranda Villasana JE. Carcinoma basocelular: presentación de un caso clínico. Revista ADM. 2014; 71:231–6. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od145f.pdf>
26. Chacón Moscoso A. Presentación clínica de pigmentación melánica fisiológica. Revista ADM. 2020; 77:227–30. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1140041/admod204i.pdf>
27. Marangon Júnior H, Alencar Souza PE. Oral Congenital Melanocytic Nevus: A Rare Case Report and Review of the Literature. Springer Science+Business Media. 2015 Jul 5; 9:481–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26142565/>
28. Rubio-Correa I. Melanoma mucoso en una localización extremadamente infrecuente: la base de lengua. A propósito de un caso y revisión de la literatura. Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. 2015; 37:99–102. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirurgia-oral-maxilofacial-300-articulo-melanoma-mucoso-una-localizacion-extremadamente-S1130055813000658>
29. Matesanz-Pérez P. Liqueen plano: Revisión de la literatura actual. Avances en Odontología. 2009; 25:99–114. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852009000200005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852009000200005)
30. García-Torres J. Lengua geográfica: A propósito de un caso. Sanid mil. 2020; 76:235–8. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/sm/v76n4/1887-8571-sm-76-04-235.pdf>
31. Maya A. Sarcoma de Kaposi en región oral y maxilofacial, una neoplasia olvidada. Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. 2018; 40:22–6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirurgia-oral-maxilofacial-300-articulo-sarcoma-kaposi-region-oral-maxilofacial-S1130055817300060>
32. Vargas Domínguez R, Manrique Camacho MJ. Citología Exfoliativa y Punción con aguja fina. Odontología actual. 2008 Feb; 5:8–14. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/hevila/Odontologiaactual/2007-08/vol5/no58/2.pdf>
33. Diniz Freitas M. Aplicaciones de la citología exfoliativa en el diagnóstico del cáncer oral. Vol. 9. Santiago de Compostela: Med. oral patol. oral cir. bucal; 2004. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1698-44472004000400014](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-44472004000400014)

34. Piemonte E. Tinción con azul de toluidina en biopsia dirigida de lesiones displásicas de la mucosa bucal. Informe de casos clínicos. Rev Asoc Odontol Argent. 2021; 109:49–58. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S2683-72262021000100049&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S2683-72262021000100049&script=sci_arttext)
35. González Gleason A. Diagnóstico y tratamiento de un papiloma solitario de lengua. Reporte de caso y revisión de la literatura. Revista Odontológica Mexicana. 2016 Feb; 20:39–43. Disponible en: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rom/article/view/54009>
36. Palacios-Martínez D, Díaz-Alonso RA. Dermatoscopia para principiantes (I): características generales. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. 2017; 43:216–21. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359315004207>
37. López-Macay A, Fernández-Torres J. Principios y aplicaciones de la microscopia láser confocal en la investigación biomédica. Investigación en Discapacidad. 2016; 5:156–64. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/invdiss/ir-2016/ir163d.pdf>
38. E. Vesga B, H. Vásquez S. Imagenología coronaria: tomografía de coherencia óptica. Revista Colombiana de Cardiología. 2017; 24:107–11. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-pdf-S0120563317302462>
39. Macías E, Medina MÁ. Tomografía de coherencia óptica. Bases y aplicaciones de una nueva técnica de imagen intravascular. Masson Doyma México. 2013; 83:112-119. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/acm/v83n2/v83n2a6.pdf>
40. Pastor M. Nevos melanocíticos congénitos. Archivos de Pediatría del Uruguay. 2019 Dec; 90:321–7. Available from: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-12492019000600321](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492019000600321)