

MELANOSIS GINGIVAL: REPORTE DE CASO CLINICO

Sixto García Linares¹

RESUMEN

Se presenta un caso de melanosis gingival severa en una paciente de 16 años, se revisa la etiología, fisiopatología y tratamiento de esta variante anatómica. Se describe la técnica realizada en la paciente a través de medios rotatorios y cicatrización por segunda intención. La melanosis gingival es una variación anatómica que puede presentarse con relativa frecuencia en nuestro país.

GINGIVAL MELANOSIS: CLINICAL CASE REPORT

ABSTRACT

It is reported a clinical case of gingival melanosis in a female 16 years old patient. Etiology, fisiopathology and treatment are discussed. It is described which technique is performed in this patient using rotatory media and second intention healing. Gingival melanosis is an anatomical variation, which could be reported with high frequency in our country.

Palabras clave melanosis gingival gingivoabrasión / gingival melanosis, gingivo abrasión

INTRODUCCION

La melanina (de mélas, negro) es un pigmento endógeno, pardo negruzco, intracelular. Al microscopio de luz se presenta en forma de gránulos pequeños. El color varía del amarillo pardusco al café o negro. Las funciones principales de la melanina en el hombre son dos: protección frente a radiaciones, particularmente la ultravioleta y el poder de captación de radicales citotóxicos. Los melanocitos se originan en la cresta neural, de la cual, en forma de melanoblastos migran a tres sitios: la piel (epidermis y bulbos pilosos), el ojo (coroides, iris y retina) y, unas pocas, a la aracnoides. Además claro esta a la zona de encía en boca.

El número de melanocitos de la piel por unidad de área es similar en las distintas razas, el color de la piel depende fundamentalmente de la cantidad y distribución de los corpúsculos de melanina en las capas superficiales de la epidermis.

ETIOLOGIA DE LA MELANOSIS BUCAL

El primero en describir la presencia de células conteniendo melanina en la mucosa bucal fue Ada Chi, en 1903, y, de hecho, la pigmentación bucal sucede en todas las razas. No obstante, la pigmentación melánica es la más común; el caroteno, la hemoglobina reducida y la oxihemoglobina han sido identificadas como factores contribuyentes para la pigmentación de la piel, encontrándose en la mucosa masticatoria.

En sentido más amplio, algunos autores consideran que las pigmentaciones de la mucosa bucal son causadas por: 1) lesiones vasculares (hematomas, varices y hemangiomas); 2) tatuajes metálicos (normalmente amalgama); 3) lesiones melanocíticas (mácula melanocítica bucal, nevus pigmentados, melanoma maligno y otros síndromes como la enfermedad de Addison, el síndrome de Albright, el síndrome de Peutz-Jeghers o la enfermedad de Recklinghausen, Síndrome de McCune-Albright, etc.

DIAGNOSTICO DE LA MELANOSIS BUCAL

Los patrones de pigmentación de las manchas melánicas fueron definidos por Dummett; Gupta, en 1964, como castaño claro, mediano y profundo. La encía es frecuentemente el tejido bucal más pigmentado. No obstante prevalece más en la raza negra; los franceses, filipinos, árabes, chinos, indios, alemanes, italianos, judíos, griegos, rumanos y otros, pueden exhibir estas manchas. Aún con esta universalidad, parece que hay una correlación positiva entre pigmentación gingival y el grado de pigmentación de la piel.

La pigmentación melánica es el resultado de gránulos de melanina, producidos por melanoblastos presentes entre las células epiteliales de la capa basal. Es importante resaltar que se observaron gránulos de melanina en todos los niveles del epitelio gingival.

¹ Facultad de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Buchner; Hansen (1979) observaron 105 casos de estas máculas melanocíticas bucales y discutieron la terminología para estas lesiones. Encontraron que, en la mayoría de los pacientes, la lesión era solitaria. La pigmentación melánica fue observada en la capa basal y lámina propia o en una combinación de ambas localizaciones. Estos autores sugirieron que el término fuese reservado para lesiones en las cuales había una correlación clínico-histopatológica definida. Hu et al. (1959) sugirieron la teoría de la migración de células vecinas para explicar el mecanismo de la repigmentación.

TECNICAS DE TRATAMIENTO

Para mejora la apariencia estética de las máculas se pueden usar varias técnicas como: el uso de agentes químicos, los injertos gingivales libres, la *gingivoabrasión o mucoabrasión con instrumentos rotatorios*, otros usan con abrasión, primero con fresa diamantada y luego con discos de pulir, curando posteriormente la herida con gasas de agua ozonizada u oxigenada rebajada para evitar la hemorragia; la gingivectomía. Mejor dicho gingivoplastia y, más recientemente, el uso del láser. Se recomendó la asociación de agentes químicos, como la combinación de fenol al 90 por ciento con alcohol al 95 por ciento; sin embargo, estos agentes provocaron daños a los tejidos.

La solución mencionada como gingivectomía, en realidad se trata generalmente de gingivoplastia, ya que los casos no presentan una profundidad de sondaje que caracterice a la bolsa periodontal. Aun cuando los tratamientos con láser representan las técnicas actuales, los métodos tradicionales como la gingivoabrasión pueden dar resultados satisfactorios e indoloros.

REPORTE DE CASO

Paciente de 16 años sexo femenino acude la consulta por presentar cuadro de pigmentaciones melánicas tanto en maxilar inferior y superior desde las segundas premolares en grado profundo según Gupta

Se procede a programar para realizar gingivoabrasión con medios rotatorios. Se coloca anestesia infiltrativa con articaina 4% c/e (ubistesin R) en maxilar superior desde la pieza 1.4 a 2.4. Se coloca abrebocas y cánula de aspiración. Se inicia abrasión con medios rotatorios usando una fresa pimpollo mediana con irrigación de cloruro de sodio al 9 /00 previamente congelado. Se cuida de no tocar el tejido subepitelial o conectivo. El tejido queda expuesto para cicatrización por segunda intención. A continuación se procede a colocar un apósito quirúrgico Solcoseryl® la paciente acude a su control postoperatorio y manifiesta no haber sentido dolor.

A los 15 días puede apreciarse la cicatrización y el cambio de coloración producido. Se procede de la misma manera en la mandíbula.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arizpe M. Héctor manual de odontología láser 1989, Monterrey, Nuevo León. México
2. Bochner A. Lieder AS, Merrell PW, Carpenter WM, Melanocytic nevi of the oral mucosa: a clinicopathologic study of 130 cases of northern California. J Oral Pathol Med 19: 197-201, 1990.
3. Buchner A, Hansen LS: Melanotic macule of the Oral mucosa. A clinicopathologic study of 105 cases. Oral Surg. Oral Med, Oral Pathol 48: 244-249, 1979.
4. Dummet C O Normally and local induced pigmentations. Int Dent j 26; 152-56. 1976.
5. Gupta G et al the labial melanotic macule A review of 79 cases.Br Dent Dermatologyc 136772-75
6. Ilzarbe Luis Melanosis en <http://www.icqmed.com/melanosis/default.htm>
7. Mucoabrasion en <http://www.odontocat.com/estetca9.htm>
8. Lesiones pigmentadas en : <http://www.medmayor.cl/odontologia/tercero/patorial/lesionespigmentadas.doc>.
9. Perez C. et al macula melanotica bucal Reporte de 02 casos y revisión de la literatura en : <http://www.elcov.org/macula.htm>.

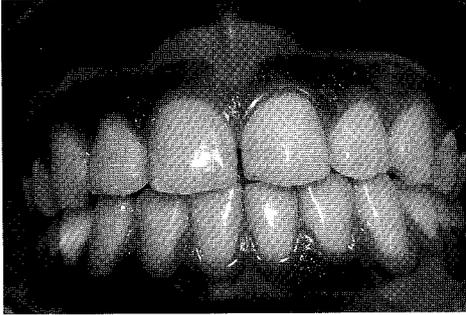


Fig. 1 Vista Frontal

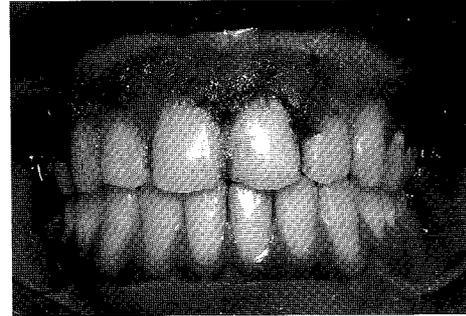


Fig. 4 Vista Post Operatoria

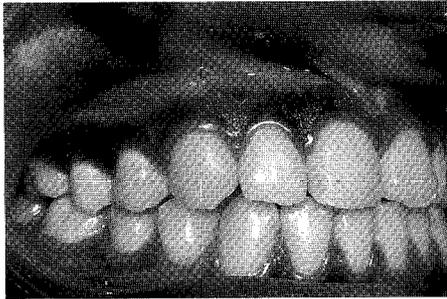


Fig. 2 Vista Lateral Derecha

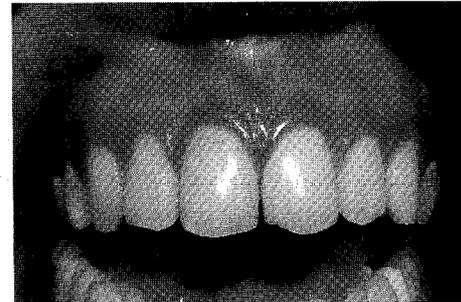


Fig. 5 Control 15 días Maxilar

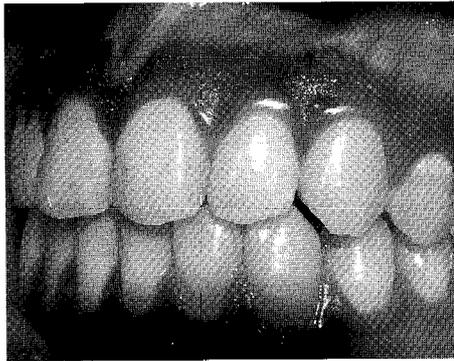


Fig. 3 Vista Lateral Izquierda

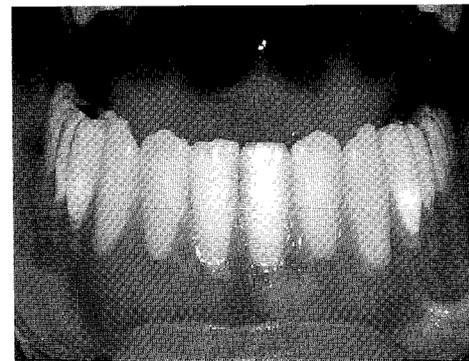


Fig. 6 Vista Posoperatoria

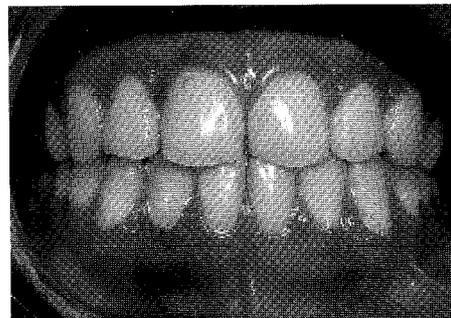


Fig. 7 Control 30 días Mandibula