



PIEL

FORMACION CONTINUADA EN DERMATOLOGIA

www.elsevier.es/piel



Signos guía/diagnóstico diferencial

Diagnóstico diferencial de las melanosis orofaciales

Differential diagnosis of orofacial melanosis

Eva López-Montoro* y Eduardo Chimenos-Küstner

Departamento de Odontostomatología, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

Introducción

En los tejidos tegumentarios (piel y mucosas) asientan con cierta frecuencia lesiones oscuras. A menudo se forman por la inducción de los melanocitos a producir más melanina, ya sea por causas endógenas o exógenas. En otras ocasiones aparecen por la acumulación de fármacos o por la inducción al aumento de producción de melanina (10 a 20% de todos los casos de hiperpigmentación adquirida) y por depósitos focales de metales. El diagnóstico de las lesiones pigmentadas oscuras de la cavidad oral y de los tejidos periorales, en muchos casos, puede ser complicado. Por lo general, para su estudio suelen clasificarse con base en su procedencia, ya sea endógena o exógena, y a su distribución. El objetivo de este artículo consiste en realizar una revisión de las principales lesiones oscuras con implicación estomatológica, estableciendo puntos clave para el diagnóstico clínico, y proponer un algoritmo para el diagnóstico diferencial, basado en la sintomatología. Creemos que puede ser una aportación útil, ya que, si bien en la literatura consultada se han encontrado clasificaciones relativas a la procedencia de las lesiones o a su distribución, no hemos hallado ninguna que atienda a la semiología de estas lesiones.

Diagnóstico diferencial de las pigmentaciones endógenas oscuras

Las pigmentaciones endógenas tienen diversas causas, que varían dependiendo de la presencia de una sola mácula o de

varias en diferentes zonas, así como de su sintomatología. La existencia de varias máculas puede indicar desde pigmentaciones fisiológicas, sin importancia patológica y en las cuales no es necesario ningún tratamiento (salvo que el paciente demande una solución estética)^{1,2}, hasta diversos síndromes y enfermedades en los cuales la presencia de estas pigmentaciones pueden tener una especial importancia para un diagnóstico precoz. Es el caso de la enfermedad de Addison (insuficiencia corticosuprarrenal primaria), en la que la aparición precoz en la boca de estas pigmentaciones puede anticipar el diagnóstico de esta entidad, incluso antes de que se presenten el resto de los síntomas³. Las pigmentaciones solitarias corresponden a: mácula melanótica oral, nevus melanocítico, nevus azul, melanoacantoma o lesiones graves, como el melanoma maligno. Este puede aparecer también como melanoma amelanico sin pigmentación². En ocasiones las pigmentaciones pueden deberse a enfermedades inflamatorias de larga duración en la mucosa, como enfermedad liquenoide, pénfigo o penfigoide orales⁴. En estos casos la patogénesis de la pigmentación postinflamatoria no está muy clara y puede observarse con mayor frecuencia en individuos de piel oscura¹. En las [tablas 1 y 2](#) se resume la información más relevante relativa a las pigmentaciones endógenas, según nuestra propuesta de clasificación.

Diagnóstico diferencial de las pigmentaciones exógenas oscuras

Las pigmentaciones exógenas pueden deberse a la acción de determinados compuestos que estimulan a los melanocitos a

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: evalopez1973@live.com (E. López-Montoro).

<https://doi.org/10.1016/j.piel.2017.12.005>

0213-9251/© 2018 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Tabla 1 – Pigmentaciones orofaciales endógenas únicas y múltiples sin sintomatología asociada

Entidad	Clínica y localización más frecuente	Pruebas diagnósticas	Diagnóstico diferencial
Mácula melanótica	Mácula pequeña, circunscrita, de marrón a negro, > labio inferior, encía zona anterior maxilar ^{1,2}	Biopsia ¹	Melanosis fisiológica ¹ Melanoma maligno ¹⁷
Nevus azul	Mácula/pápula asintomática, azul pizarra o negro azulada, brillante, bordes regulares, < 6 mm de diámetro, piel, > mucosa, > mujer, rara vez recurrentes, > inocuos ¹	Clínica ¹	Melanoma maligno ¹
Melanoma maligno	> Paladar duro (40%) y blando, encía maxilar, > hombre, aprox. 55 años, consistencia dura, marrón/negro ^{1,18}	Biopsia ¹ , inmunohistoquímica ¹⁸ , exploración clínica ¹⁷	Melanoma, mácula melanótica, nevo pigmentado oral, melanosis fumador, tatuaje amalgama Ag, sarcoma de Kaposi ¹⁷
Nevus melanocítico	Mácula/pápulas redondas/ovales circunscritas, marrón-azul o negro, > piel clara, > mucosa (labios/encía/paladar/mucosa) ²	Biopsia ¹ , dermoscopia ¹⁹	Melanoma maligno ²⁰
Melanoacantoma	> Raza negra, jóvenes, máculas ¹⁶ , > mucosa bucal, encías, paladar, labios ^{2,20} , aparición repentina, crece rápidamente, ocasionalmente múltiple ^{16,20}	Biopsia ¹⁶	Melanoma ^{16,20} , mácula racial/melanótica oral, Petequias, tatuaje amalgama, fármacos, postinflamatorio, genética ²⁰
Melanosis fisiológica	Encía adherida, pigmentaciones múltiples color marrón claro a casi negro, difusas y bilaterales ^{1,2}	Clínica ¹	Melanosis fumador ²⁰
Eférides	< 1 cm, uniformes y regulares, rojas o marrones oscuras, > piel clara, múltiples, > sol, > borde bermellón labios o tejidos periorales ²		
Lentigo	Pigmentación ligera marrón oscuro, circunscrita, únicas o múltiples (asociado a síndromes raros) ²		
Melasma	> En mujeres, patrón simétrico, marrón a pardo grisáceo, hiperpigmentación múltiple de rostro zona malar y centrofacial ²¹	Clínica, lámpara de Wood ²¹	Lupus eritematoso discoide ²¹
Síndrome de Laugier-Hunziker	Máculas ovales/redondas, marrón claro a azul grisáceo y negro, > labio inferior, mucosa oral, paladar blando/duro y encías, palmas manos y pies ¹ , melanoniquia longitudinal, > raza blanca y mujer ²²	Clínica ²²	Melanoma o síndrome de Peutz-Jeghers, enfermedad de Addison, liquen plano, pigmentación farmacológica, racial, melanoma maligno ²²

producir más melanina o a la acumulación de productos exógenos en determinadas zonas del organismo, independientemente de la vía de administración, o a una combinación de ambas. La acumulación de metales o fármacos, así como la inducción por estos del aumento de la producción de melanina, puede ser también causa de la pigmentación. La patogénesis de la pigmentación inducida por fármacos es variable, de acuerdo con la medicación causal. Puede implicar una acumulación de melanina, a veces siguiendo una inflamación cutánea inespecífica, que a menudo se agrava con la exposición solar, o una acumulación del propio fármaco desencadenante. La influencia de la exposición al sol suele ser clara en la mayoría de los casos; puede deberse a la inducción de la síntesis de melanina con formación de complejos melanina-fármaco o a la absorción del fármaco por macrófagos,

usualmente dérmicos, que lo transforman en partículas visibles bajo la influencia de la luz solar. El tratamiento a menudo se limita a evitar el sol o a interrumpir la toma del fármaco causante⁵. Sin embargo, existen pacientes predispuestos, a quienes los fármacos les pueden causar una reacción no específica intraoral y posteriormente inducir una hiperpigmentación postinflamatoria¹. Muchos fármacos están relacionados con la presencia de máculas exógenas. Mayoritariamente son antineoplásicos, como busulfán^{2,6}, doxorubicina^{2,6-8}, ciclofosfamida^{2,6}, carmustina (BCNU) tópica⁷, bleomicina⁶⁻⁸, daunorubicina⁷, mecloretamina⁷, dactinomicina⁸, 5-fluorouracilo⁶⁻⁸, metotrexato^{7,8}, mesilato de imatinib⁷, que en general producen hiperpigmentación de la piel y melanoniquia estriada, agravándose si se combina con radioterapia y en zonas fotoexpuestas⁸. Los antirretrovirales

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/10217048>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/10217048>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)