

Despigmentación gingival: Procedimiento quirúrgico. Reporte de un caso

Moreina León Soto^{1}, Higia Faria² y Ligia Pérez³*

¹ *Periodoncista.*

² *Docente del Postgrado de Peridoncía.*

³ *Cátedra de Patología Estomatológica. Facultad de Odontología, Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.*

Resumen

Introducción: La pigmentación melánica es común en todos los grupos humanos. El caroteno, la hemoglobina reducida y la oxihemoglobina, son factores que también contribuyen al color de la piel y mucosa. Cuando las pigmentaciones involucran la mucosa bucal pueden ser causadas por lesiones vasculares, melanóticas y por varios síndromes asociados. Las pigmentaciones gingivales se pueden presentar clínicamente como manchas oscuras producto de depósitos excesivos de melanina. Estas manchas pueden eliminarse mediante procedimientos clínicos que incluyen las técnicas de criocirugía, gingivectomía, abrasión con instrumentos manuales o rotatorios y el uso de la terapia con láser. El objetivo de este reporte es presentar el caso de un paciente femenino de 28 años de edad, etnia criolla, a quién se le realizó el examen intrabucal y radiográfico, diagnosticándose gingivitis crónica localizada en el sector antero-inferior y pigmentación gingival moderada generalizada. La presentación del caso se llevó a cabo en varias fases: 1. Higiénica, 2. Quirúrgica, realizándose despigmentación gingival aplicando la técnica de eliminación del epitelio con instrumentación manual y gingivoplastia, y 3. Mantenimiento. Después de un período de 2 años de control postoperatorio, no se observó recidiva. Se concluye que la técnica quirúrgica utilizada fue adecuada en este caso, debido a que se logró retirar la pigmentación gingival con excelentes resultados y sin recidiva durante el período de control.

Palabras clave: Pigmentación melánica, despigmentación gingival, procedimiento quirúrgico.

* Autor para correspondencia: Teléfonos: 0261-7512458 / 7978216. E-mail: moreinaleon@hotmail.com

Gingival De-pigmentation: Surgical Procedure. A Case Report

Abstract

Melanin pigmentation is common in all human races. Reduced haemoglobin, carotene and oxihemoglobin are also factors that contribute to producing the color of skin and mucosa. When pigmentation involves oral mucosa, it can be caused by melanotic and vascular lesions or various associated syndromes. Clinically, gingival pigmentations can look like dark spots, a consequence of excessive melanina deposits. These spots can be eliminated by clinical procedures such as cryosurgery, gingivectomy, manual and mechanical abrasion and laser therapy. The purpose of this report is to present the case of a 28 year old racially- mixed female, who had a localized chronic gingivitis at the anterior lower area and a generalized moderate gingival pigmentation. Periodontal treatment was done in several phases: 1. Cleaning, 2. Surgical, gingival de-pigmentation was done with manual instruments with epithelium elimination and gingivoplastia; and 3. Maintenance. After a two- year period of control no recurrence was noted. In conclusion the surgical procedure done in this case was considered the most appropriate, pigmentation was eliminated with excellent results and no recurrence was found during the control period.

Key words: Melanin pigmentation, gingival de-pigmentation, surgical procedure.

Introducción

La pigmentación en la mucosa bucal es común en todos los grupos étnicos y ha sido asociada con una variedad de factores etiológicos endógenos y exógenos. Estos factores son los que contribuyen con el color de la piel y mucosa bucal. Entre ellos, la cantidad de queratina, el número y tamaño de los vasos sanguíneos, la melanina, el caroteno, la hemoglobina reducida y la oxihemoglobina¹.

Cuando estas pigmentaciones involucran la mucosa bucal se relaciona con una variedad de condiciones y lesiones de acuerdo a: si la extensión de las pigmentaciones: -localizadas (únicas o múltiples) -generalizadas. Las primeras incluyen lesiones vasculares: hematomas, varices, hemangiomas, tatuajes metálicos (el mas común de amalgama), lesiones melanóticas, como la mácula melanótica bucal,

nevus pigmentado, melanoacantoma, melanoma maligno, y la segundas o generalizadas por varios síndromes, entre los que se destacan: -enfermedad de Adisson, -Albrighth, -Peutz-Jeghers, -Carney, -lentiginosis profusa y -enfermedad de Von Recklinghausen. -También, por drogas como: algunos antimicrobianos, minociclina, ketoconazol, mentol; anticonceptivos, metales pesados, el hábito tabáquico; endocrinos: embarazo, acantosis nigricans, hipotiroidismo; estados postinflamatorios tales como: enfermedad periodontal y repigmentación gingival postquirúrgica^{1,2}.

La encía es el tejido bucal pigmentado con mayor frecuencia. Esta patología afecta a hombres y mujeres, prevaleciendo en negros, franceses, filipinos, árabes, chinos, indios y alemanes, entre otros³.

Las pigmentaciones del tejido gingival se encuentran ubicadas en un 27.5% en la encía

adherida, seguido de la papilar, marginal y mucosa alveolar observándose clínicamente como manchas pardas, que van de oscuras a negras, marrón y marrón claro, producto de los depósitos excesivos de melanina en los queratinocitos y/o melanocitos de la capa basal del epitelio⁴. Los melanoblastos están siempre presentes en la encía a pesar de haber o no pigmentación clínica⁵.

Aunque la pigmentación clínica de melanina es una condición normal, la cual no representa un problema a nivel médico, existen demandas por parte de algunos pacientes para la aplicación de terapia cosmética, sobre todo, en aquellas personas de piel clara que presentan pigmentación de forma moderada. Por ello en estos pacientes es necesario realizar la eliminación total del epitelio y parte del tejido conjuntivo para asegurar la remoción de las pigmentaciones.

Existen diferentes procedimientos que se utilizan para realizar la despigmentación gingival, los más comunes son: el uso de agentes químicos (fenol al 90% con alcohol al 95%), injertos gingivales libres, abrasión con instrumentos de rotación o manual (bisturí), criocirugía con nitrógeno líquido, gingivectomía y gingivoplastia y el uso del láser³. Este último procedimiento es el más utilizado en los últimos años, debido a las grandes ventajas que posee, entre las que se nombran: a alta potencia de remoción de las pigmentaciones melánicas, además solo se aplica anestesia tópica, no deja secuelas negativas para el paciente y es una técnica fácil, rápida y cómoda con buenos resultados. Sin embargo, no es segura la remoción total de la melanina durante el tratamiento, por lo tanto, se necesita más de una aplicación.

El pronóstico de la melanosis bucal es favorable. Generalmente el período de recidiva es de 1 a 2 años aproximadamente.

Es importante reconocer y/o identificar clínicamente las pigmentaciones gingivales,

debido a que pueden presentarse lesiones pre-malignas o malignas como los nevus displásicos o melanomas.

El propósito de este reporte es presentar la despigmentación gingival como procedimiento quirúrgico para la eliminación de la melanosis bucal, demostrando con la presentación de un caso clínico lo sencillo y efectivo de esta técnica.

Reporte de Caso

Se trata de un paciente femenino de 28 años de edad, etnia criolla, quien fue referido al Área Clínica de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia, debido a que presentó manchas marrones-parduscas en la encía, razón por la cual solicita la eliminación de estas, por motivo estético.

El examen físico de cabeza y cuello, resultó completamente normal. Los signos vitales de presión arterial y pulso se ubicaron en un rango de valores normales (120/70mmHg y 68 pulsaciones por minutos). El examen intra-bucal evidenció un tejido gingival de color rojo violáceo a nivel marginal y papilar, disminución del puntillado en cáscara de naranja, agrandamiento leve marginal y papilar de forma localizada en el sector antero-inferior. Se observaron también manchas de color marrón-parduscas de forma generalizada abarcando encía marginal, papilar y adherida (Figura 1). Además se pudo apreciar cálculo supra y subgingival localizado, escaso.

En el diagrama periodontal se registraron, bolsas falsas localizadas en las piezas 31, 41, 43 y 45, de una profundidad de sondeo entre 4mm y 5mm, sin movilidad dentaria. La radiografía panorámica, evidenció las estructuras anatómicas de la cavidad bucal, sin ninguna alteración aparente. En las radiografías periapicales, se observó el ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal en el sector



Figura 1. Características clínicas de encía. Pigmentación Gingival.

antero-inferior y soporte óseo remanente de un 98% aproximadamente.

Se practicaron los exámenes de laboratorio de rutina: -Hematología: hemoglobina, hematocrito, leucocitos, linfocitos, eosinófilos, neutrófilos, tiempo de sangría, tiempo de coagulación. Química Sanguínea: glicemia basal, urea, creatinina, los cuales revelaron valores dentro de los límites normales. Las pruebas V.D.R.L y HIV resultaron negativas. Se consideró como factor etiológico primario del problema periodontal, la placa bacteriana y como factores etiológicos secundarios, cálculo dental supra y subgingival, materia alba y malposición dentaria.

De acuerdo con la evaluación clínica y radiográfica realizada a la paciente se le diagnóstico: Gingivitis crónica localizada en el sector antero-inferior y pigmentación gingival generalizada. Según el diagnóstico emitido se planificó y se llevó a cabo un plan de tratamiento, el cual comprendió tres fases:

Fase higiénica o inicial: Se basó en la motivación de la paciente, instrucción sobre la técnica de cepillado, uso del hilo dental y enjuague bucal, tartrectomía mecánica y manual (2 sesiones). Después de tres semanas se realizó la reevaluación, donde las características clínicas fueron compatibles con salud en la

zona antero-inferior, con excepción de la zona antero-superior donde se observó un ligero engrosamiento de la encía marginal y papilar. Sin embargo, la presencia moderada de manchas melánicas en el tejido gingival afectaba la estética. La paciente estaba libre de irritantes locales, con adecuado control de la placa bacteriana, por lo tanto fue considerada para la fase quirúrgica.

Fase quirúrgica: Una vez realizado el diagnóstico y la reevaluación se decidió realizar la despigmentación gingival de las manchas melánicas mediante la técnica de abrasión con instrumento manual, utilizando el bisturí de Kirkland sobre la superficie de la encía tanto en el maxilar superior como inferior (Figura 2 y 3); y gingivoplastia, la cual se realizó para complementar el procedimiento quirúrgico con el objetivo de lograr la remodelación de la encía marginal y papilar de la zona antero-superior (Figura 4). Para finalizar se colocó el cemento quirúrgico de tipo pasta-pasta, en los espacios interdentarios y posteriormente sobre las caras vestibulares, presionándolo suavemente sobre los dientes (Figura 5). Estos procedimientos quirúrgicos fueron realizados sólo en la zona antero-superior.

Fase de mantenimiento: Después de realizar un control post-operatorio mensual durante 3 meses, el cual consistió en la evaluación clínica intrabucal del paciente (medición del nivel de inserción clínica de tejido conectivo, características clínicas de la encía, observación de la zona donde presentaba las pigmentaciones melánicas, tartrectomía mecánica y manual), la paciente fue sometida a un programa de atención con visitas periódicas cada 3 meses el primer año y luego, cada 6 meses. No hubo recidiva de las pigmentaciones melánicas luego de un período de 2 años de control postoperatorio (Figura 6).



Figura 2.. Despigmentación gingival en superior.



Figura 3. Despigmentación gingival en inferior.



Figura 4. Gingivoplastía en la zona antero-superior.



Figura 5. Aplicación de cemento quirúrgico.



Figura 6. Aspecto clínico después de 2 años.

Discusión

En el paciente de este caso se pudo identificar y reconocer clínicamente que las pigmentaciones gingivales presentadas eran produc-

to de depósitos excesivos de melanina en los melanocitos y/o queratocitos de la capa basal del epitelio, coincidiendo con lo reportado por Tal Haim y col³ quienes sostienen que la pigmentación de la mucosa bucal ha sido asociada a diferentes factores, entre ellos, la cantidad de queratina, el número y tamaño de los vasos sanguíneos, la melanina, el caroteno, la hemoglobina reducida y la oxihemoglobina. Estas también pueden estar relacionadas con lesiones premalignas o malignas como los nevos displásicos o melanomas¹.

Al realizar el examen físico al paciente, se pudo constatar que su color de piel es oscuro, lo cual pudiera tener relación con la cantidad de pigmentación gingival observada al realizarle el examen intrabucal, coincidiendo con Tal Haim y col⁶ quienes plantean que aunque

las pigmentaciones bucales pueden presentarse en todas las razas, es decir que no están confinadas a las personas de piel oscura, sin embargo, es probable que exista una relación positiva entre la pigmentación gingival y el grado de pigmentación de la piel.

En el examen intrabucal del paciente, también se pudo observar pigmentaciones gingivales de color marrón parduscas localizadas en mayor porcentaje en la zona de encía adherida lo cual concuerda con ÇiÇek y Ertas¹ y Calderón² quienes reportan que la pigmentación clínica de melanina es una condición normal que se encuentra ubicada en un 27.5% en la encía adherida, seguido de la papilar, marginal y mucosa alveolar, observándose clínicamente como manchas pardas, que van de oscuras a negras, marrón y marrón claro.

Para la eliminación de las pigmentaciones de melanina existen diferentes procedimientos. En este caso se utilizó abrasión con instrumento manual (bisturí) y gingivoplastía.

A pesar que el uso del láser esta considerado como la técnica más apropiada, su des-

ventaja consiste en el alto costo del equipo, lo cual acarrea elevados precios para el paciente, además debe realizarse en varias sesiones, mientras que la técnica aplicada en este paciente, tiene la ventaja de asegurar la remoción total de la melanina generalmente en una sola sesión y a bajo costos.

Con relación al paciente evaluado, no hubo recidiva de las pigmentaciones melánicas luego de un período mayor a 2 años de control postoperatorio, aún cuando el uso de la técnica de abrasión con bisturí, utilizada en este caso puede presentar un periodo de recidiva es de 1 a 2 años aproximadamente. Finalmente existe el mecanismo de la repigmentación denominada la "teoría de la migración", donde los melanocitos activos proliferan y migran a las áreas despigmentadas, sin embargo a pesar de que esta teoría es la más aceptada Tal Haim y col⁶ sostienen que esta aun no está clara.

Referencias

1. ÇiÇek Y, Ertas Ü. The normal and Pathological Pigmentation of Oral Mucous Membrana: A Review. *J Cotemp Dent Pract.* 2003; Vol 4. N° 3. 1-9.
2. Calderón R. Tratamiento de la melanosia bucal con láser de ND:YAG. 2003. Disponible en www.odontología.online.com
3. Tal H, Oegiesser D, Tal M. Gingival Depigmentation by Erbium: YAG Laser: Clinical Observations and Patient Responses. *J Periodontol,* 2003; Vol 74. N° 11. 1660-1667.
4. Duarte, Cesário A. Cirugía Periodontal Preprotésica y Estética. Traductora: Atamiro Luisa. Livraria Santos Editora Ltda. 2004; 36-44, 356-366.
5. Barret AW, Scully C. Human Oral Mucosal melanocytes: A Review. *J Oral Pathol Med.* 1994; 23: 97:103.
6. Tal H, Silvia L, Kozlovsky A. Despigmentación de la Encía Humana: Observaciones Clínicas después de Procedimientos Quirúrgicos y Criocirugía. *Artículo de Educación Continua.* 1989; Vol. 1. N° 2. 14-19.