

Bazán Zalazar, Guadalupe

**Pigmentaciones orales en
paciente fumador:
importancia del diagnóstico
diferencial entre
pigmentación racial y
lesiones mimetizantes**

**Trabajo final para la obtención del
título de grado de Odontólogo/a**

Directora: Bonnin, Claudia

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](#)



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

TRABAJO INTEGRADOR

**“PIGMENTACIONES ORALES EN PACIENTE FUMADOR:
IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE PIGMENTACIÓN RACIAL Y
LESIONES MIMETIZANTES”**

AUTOR: Bazán Zalazar Guadalupe

TUTOR: Chalup Maria Teresa

PROFESOR TITULAR RESPONSABLE: Dra. Claudia Bonnin

AÑO 2025

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVOS.....	4
CASO CLÍNICO.....	5
DISCUSIÓN.....	21
CONCLUSIONES.....	21
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22
ANEXOS.....	23

RESUMEN

Las lesiones pigmentadas de la cavidad oral presentan distintas etiologías y manifestaciones clínicas similares, lo que puede dificultar su diagnóstico en numerosas ocasiones. Aspectos como la ubicación, color, distribución, forma, antecedentes familiares, factores de riesgo y consumo de fármacos resultan de gran importancia para evitar diagnósticos erróneos.

El presente trabajo expone un caso clínico de un paciente fumador con pigmentaciones melanocíticas distribuidas en encía, lengua y fondo de surco. El aspecto clínico de estas lesiones, sumado al hábito tabáquico del paciente, generó dudas diagnósticas, planteándose diferentes posibilidades como: pigmentación fisiológica/racial, melanositis del fumador, nevos melánicos, tatuaje por amalgama, pigmentación por enfermedades sistémicas (síndrome de Addison o síndrome de Peutz-Jeghers), pigmentación por medicamentos o melanoma oral.

Tras la evaluación clínica realizada en el ámbito de la cátedra de Medicina Bucal, se determinó que no era necesaria la realización de una biopsia, ya que las características clínicas eran suficientes para establecer el diagnóstico de pigmentación racial fisiológica.

Mediante la revisión bibliográfica y el análisis del caso clínico, se destaca la importancia del diagnóstico diferencial de las lesiones pigmentadas de la mucosa oral, a partir de una exhaustiva anamnesis y un minucioso examen clínico, reconociendo además la utilidad del examen histopatológico como herramienta complementaria en aquellos casos en los que la clínica no resulte concluyente. De esta forma, se busca brindar una atención óptima al paciente que contemple un diagnóstico preciso y un abordaje terapéutico oportuno en cada situación particular.

Palabras claves: *Pigmentación oral; diagnóstico diferencial; manchas raciales; tabaquismo.*

ABSTRACT

Pigmented lesions of the oral cavity present different etiologies and similar clinical manifestations, which can make their diagnosis difficult on many occasions. Aspects such as location, color, distribution, shape, family history, risk factors and drug use are of great importance to avoid misdiagnosis.

The present work presents a clinical case of a smoker patient with melanocytic pigmentations distributed on the gingiva, tongue and sulcus. The clinical appearance of these lesions, together with the patient's smoking habit, generated diagnostic doubts, and different possibilities were raised, such as: physiological/racial pigmentation, smoker's melanositis, melanocytic nevi, amalgam tattooing, pigmentation due to systemic diseases (Addison's syndrome or Peutz-Jeghers syndrome), pigmentation due to medication or oral melanoma.

After the clinical evaluation performed in the oral medicine department, it was determined that a biopsy was not necessary, since the clinical characteristics were sufficient to establish the diagnosis of physiological racial pigmentation.

Through literature review and clinical case analysis, the importance of differential diagnosis of pigmented lesions of the oral mucosa is highlighted, based on an exhaustive anamnesis and a thorough clinical examination, also recognizing the usefulness of histopathological examination as a complementary tool in those cases in which the clinical findings are not conclusive. In this way, the aim is to provide optimal patient care that includes an accurate diagnosis and a timely therapeutic approach in each particular situation.

Key words: *Oral pigmentation; differential diagnosis; racial staining; smoking.*

INTRODUCCIÓN

La cavidad bucal puede presentar diversas pigmentaciones de origen fisiológico, reactivo, neoplásico, idiopático o bien como manifestación de una enfermedad sistémica. En la práctica odontológica, estas manifestaciones suelen generar incertidumbre diagnóstica, especialmente en pacientes con antecedentes como el tabaquismo, donde ciertas lesiones pueden mimetizarse entre sí y dificultar la interpretación clínica.

Las pigmentaciones orales representan un hallazgo relativamente frecuente, pero su relevancia clínica radica en la necesidad de diferenciarlas entre entidades benignas y aquellas con potencial de comprometer seriamente la salud del paciente. Un diagnóstico equivocado podría llevar tanto a pasar por alto una lesión de importancia, como a indicar procedimientos innecesarios e invasivos, entre ellos una biopsia sin justificación. En este sentido, la anamnesis detallada, la consideración de los factores de riesgo y un examen clínico minucioso constituyen la base del razonamiento diagnóstico. Analizar aspectos como la localización, el color, la extensión, la simetría, la distribución y los antecedentes personales del paciente es fundamental para arribar a un diagnóstico preciso y seguro.

La elección de este tema surge a partir del hallazgo inicial en un paciente integral atendido en el marco de la asignatura Práctica Profesional Supervisada. El paciente presentaba múltiples pigmentaciones orales, cuya apariencia clínica generó inicialmente la sospecha de una melanosis del fumador. No obstante, la distribución, la simetría y el patrón de las lesiones condujeron a considerar como diagnóstico presuntivo una pigmentación racial fisiológica, la cual pudo confirmarse clínicamente sin necesidad de recurrir a estudios complementarios invasivos. La evaluación realizada en el ámbito de Medicina Bucal permitió reforzar la idea de que, en muchos casos, la clínica constituye una herramienta suficiente para arribar a un diagnóstico confiable.

El tabaquismo, además de sus conocidos efectos deletéreos sobre la salud oral, incluyendo enfermedad periodontal, halitosis, retraso en la cicatrización y predisposición a lesiones potencialmente malignas, puede asociarse con una estimulación de los melanocitos y, en consecuencia, con un aumento en la deposición de melanina. Este mecanismo puede dar lugar a pigmentaciones mucosas que generan dudas diagnósticas y deben distinguirse de otras condiciones con comportamiento diferente, como nevos melanocíticos, pigmentaciones inducidas por fármacos o melanoma oral.

En este contexto, la pigmentación racial fisiológica representa una condición benigna, común en determinados grupos étnicos, que no implica riesgo para el paciente. Sin embargo, su reconocimiento clínico resulta crucial para evitar diagnósticos erróneos y disminuir la ansiedad del paciente frente a lesiones que, por su aspecto, podrían generar preocupación.

De esta manera, el presente trabajo busca destacar la importancia de reconocer los diferentes patrones de pigmentación oral y aplicar un razonamiento crítico que combine anamnesis, examen clínico y diagnóstico diferencial, sin dejar de lado la utilidad de la histopatología como herramienta complementaria en aquellos casos donde la clínica no resulta concluyente. Asimismo, se resalta el rol del odontólogo en la detección temprana, en la orientación preventiva y en la educación del paciente, asegurando una atención integral y fundamentada en la evidencia científica.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Analizar un caso clínico de pigmentación oral en un paciente fumador, destacando la importancia del diagnóstico diferencial entre pigmentación racial y otras lesiones mimetizantes, con apoyo en el estudio histopatológico.

Objetivos específicos:

- Describir las características clínicas de las pigmentaciones observadas en la mucosa oral del paciente.
- Establecer los diagnósticos diferenciales más relevantes en relación a las pigmentaciones orales.
- Comparar la pigmentación racial con otras entidades clínicas como la melanositis del fumador, nevos melánicos, pigmentaciones reactivas, síndrome de Peutz Jeghers y otras entidades de potencial maligno como melanoma oral.
- Incorporar el estudio histopatológico como herramienta complementaria para confirmar el diagnóstico clínico.
- Reflexionar sobre la importancia del examen clínico, la anamnesis y el razonamiento diagnóstico en la práctica odontológica.

CASO CLÍNICO



Figura 1. Vista frontal intraoral. Lesión pigmentada en encía adherida.
Fotografía al inicio del tratamiento.



Figura 2. Vista frontal intraoral. Lesión pigmentada en encía adherida.
Fotografía al final del tratamiento en donde no se observan cambios.



Figura 3. Lesión pigmentada en fondo de surco derecho



Figura 4. Lesión pigmentada en fondo de surco izquierdo

A frontal view of a male patient with short, graying hair and a light beard. The eyes are obscured by a black rectangular redaction box. The patient is wearing a dark jacket.

18 	17 	16 	15 	14 	13 	12 	11 	21 	22 	23 	24 	25 	26 	27 	28
55 	54 	53 	52 	51 	61 	62 	63 	64 	65 						
48 	47 	46 	45 	44 	43 	42 	41 	31 	32 	33 	34 	35 	36 	37 	38

6

Figura 10. Ortopantomografía.

HISTORIA CLINICA GENERAL

Lugar: Barrio de la Cruz de la Cruz Fecha: 20.04.25

ODONTOLÓGICO	Nº de Matricula
--------------	-----------------

PACIENTE	Nº APT.
----------	---------

O. Social	Estado Civil	Nacionalidad	F. No.	Tel.
-----------	--------------	--------------	--------	------

Domicilio (calle, nro, barrio, localidad)	Nº de Doc.	Cel.
---	------------	------

Profesion/Actividad	Título	Lugar de Trabajo	Jeniería
---------------------	--------	------------------	----------

Este cuestionario tiene el tener de una "Declaración Jurada"

Paciente con vida? ☐ SI ☒ NO

Enfermedad que padece o padeció ☐ SI ☒ NO

Madre con vida? ☐ SI ☒ NO

Enfermedad que padece o padeció ☐ SI ☒ NO

Hermanos? ☐ SI ☒ NO

Sufre de alguna enfermedad? ☐ SI ☒ NO

de que? ☐ SI ☒ NO

Hace algún tratamiento médico? ☐ SI ☒ NO

cuál? ☐ SI ☒ NO

Qué medicamento/s consume habitualmente? ☐ SI ☒ NO

Qué medicamento/s ha consumido en los últimos 5 años. ☐ SI ☒ NO

Realiza algún deporte? ☐ SI ☒ NO

Nota algún malestar al realizarlo ☐ SI ☒ NO

Es alérgico a alguna droga? ☐ SI ☒ NO

a la anestesia, a la penicilina, a los otros ☐ SI ☒ NO

Cuando le sacan una muela o se la saca, ¿cualquier bien? ☐ SI ☒ NO

sangra mucho? ☐ SI ☒ NO

Tiene problema de catálago (hipertensión)? ☐ SI ☒ NO

Antecedentes de fiebre reumática? ☐ SI ☒ NO

Se protege con alguna medicación? ☐ SI ☒ NO

Es diabético? ☐ SI ☒ NO

está controlado? ☐ SI ☒ NO

Tiene algún problema cardiaco? ☐ SI ☒ NO

Tomó seguidos aspirina u anticoagulante? ☐ SI ☒ NO

de que frecuencia? ☐ SI ☒ NO

Tiene presión alta? ☐ SI ☒ NO

Chagas? ☐ SI ☒ NO

está en tratamiento? ☐ SI ☒ NO

Tiene problemas renales? ☐ SI ☒ NO

Uremia Gástrica? ☐ SI ☒ NO

Tuvo hepatitis? ☐ SI ☒ NO

de que tipo? ☐ SI ☒ NO

Tuvo convulsiones? ☐ SI ☒ NO

Es epiléptico? ☐ SI ☒ NO

medicación que toma ☐ SI ☒ NO

Ha tenido Sífilis o Gonorrea? ☐ SI ☒ NO

Otra enfermedad infecto-contagiosa? ☐ SI ☒ NO

Tuvo transfusiones? ☐ SI ☒ NO

Fue operado alguna vez? ☐ SI ☒ NO

de que? ☐ SI ☒ NO

Cuando? ☐ SI ☒ NO

Tiene algún problema respiratorio? ☐ SI ☒ NO

Fuma? ☐ SI ☒ NO

Está embarazada? ☐ SI ☒ NO

de cuántos meses? ☐ SI ☒ NO

Hay alguna otra enfermedad o recomendación de su médico que quiera dejar constancia? ☐ SI ☒ NO

cuál? ☐ SI ☒ NO

Realiza algún tipo de tratamiento homeopático, Acupuntura, otros? ☐ SI ☒ NO

Médico clínico: ☐ SI ☒ NO

Clinica/Hospital en caso de hacer falta derivación ☐ SI ☒ NO

Historia Clínica Odontológica

Por qué asistió a la consulta para mejorar de arreglar

Consulto antes en la consulta no voy

otro profesional? ☐ SI ☒ NO

Tomó alguna medicación? ☐ SI ☒ NO

Nombre de los medicamentos. ☐ SI ☒ NO

Desde cuando? ☐ SI ☒ NO

Otubo resultado ☐ SI ☒ NO

Ha tenido dolor? ☐ SI ☒ NO

de que tipo? ☐ SI ☒ NO

Intenso ☐ Suave

Figura 11. Historia Clínica.

Paciente de sexo masculino de 39 años de edad, se presenta en la cátedra de Práctica Profesional Supervisada de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Córdoba para recibir un tratamiento odontológico integral.

Al confeccionar su historia clínica nos relata que es fumador activo de tabaco desde hace aproximadamente 22 años, con un consumo promedio de 10 cigarrillos diarios. En cuanto a sus antecedentes personales patológicos no se registran enfermedades sistémicas, consumo de medicación regular, alergias medicamentosas, ni ninguna otra alteración de relevancia.

Al examen clínico intraoral se observa pigmentación melánica de tonalidad parda, distribuida en la encía adherida y encía libre de la región anterosuperior del maxilar, a nivel del incisivo central y lateral superior derecho e incisivo central izquierdo. Asimismo se descubren, a nivel de fondo de surco vestibular de ambas arcadas inferiores, manchas con la misma coloración, como así también en las papilas linguales del dorso de la lengua en donde se identifican áreas puntiformes hiperpigmentadas. Son lesiones asintomáticas, de superficie lisa, forma regular y con límites definidos y difusos en algunas áreas. A la palpación su consistencia es normal, sin aumento de volumen.

Al momento de la elaboración del odontograma y al examen radiográfico vemos que no presenta restauraciones de amalgama ni pernos metálicos que pudieran generar pigmentos exógenos en la cavidad bucal. En el elemento 12 presenta un perno de fibra de vidrio con una corona de zirconio, lo que descarta la posibilidad de pigmentación por perno metálico.

Al examen clínico extraoral también se observan pigmentaciones de coloración parda localizadas en las áreas de semimucosa y mucosa labial superior e inferior.

Se decide derivar el caso a la cátedra de Medicina Bucal donde se realiza una exhaustiva inspección clínica. Se concluyó en la no realización de biopsia ya que no era necesario en este caso para descartar otro tipo de lesiones, ya que con el examen clínico y la anamnesis fue suficiente para arribar al diagnóstico del paciente.

Diagnóstico diferencial

Para poder realizar los diagnósticos diferenciales pertinentes a los distintos tipos de lesiones pigmentadas que podemos encontrar en la cavidad bucal, primero será necesario hacer una breve introducción referida a la melanina, cómo actúa esta a nivel de la piel y mucosas, su mecanismo de acción, etc.

Melanina

El color normal de la piel y las mucosas está dado por cuatro pigmentos, de los cuales la melanina es el más importante, aunque también contribuyen los carotenoides, la hemoglobina reducida y la hemoglobina oxigenada.

La melanina es un pigmento endógeno que es producido en la capa basal del epitelio por medio de los melanocitos y se transfiere a los queratinocitos adyacentes a través de los melanosomas que son orgánulos unidos a la membrana.

También es sintetizado por las células névicas, que son derivadas de la cresta neural y se encuentran en la mucosa oral y la piel.

La pigmentación inducida por la melanina puede ser de color negro, gris, azul o marrón, lo que dependerá de la ubicación y la cantidad de melanina en los tejidos.

Aunque en condiciones fisiológicas el número de melanocitos en el epitelio oral es el mismo independientemente del origen racial/étnico, el color de la mucosa oral varía entre personas y está determinado por varios factores, incluidos el número y la actividad melanogénica de los melanocitos en la capa de células basales del epitelio, las diferencias en el número, tamaño y distribución de los melanosomas, las diferencias en el tipo de melaninas y el efecto enmascarador del epitelio altamente queratinizado. Las variaciones en la coloración de la

melanina de la mucosa oral se determinarán en un contexto del grado de vascularización de los tejidos y por el nivel de hemoglobina en la sangre.

Los melanocitos que contienen melanina están presentes en la capa de células basales del epitelio incluso en aquellos sitios de la mucosa oral que no muestran signos visibles de pigmentación de melanina. Los melanocitos orales pueden o no producir melanina, pero como en el caso de la piel, la cantidad de melanina que producen está determinada genéticamente. Hay variaciones sustanciales en el grado de pigmentación de melanina entre personas de diferentes grupos raciales/étnicos y entre personas del mismo grupo racial/étnico, y estas variaciones son normales. La pigmentación de melanina fisiológica/racial de la mucosa oral es común en personas de raza negra, y es más frecuente en blancos de piel más oscura (caucásicos) que en blancos de piel más clara. La pigmentación de melanina de la mucosa oral puede ser irregular o uniforme y afecta más comúnmente a la encía.

Las alteraciones no fisiológicas en la pigmentación de la melanina de la mucosa oral están relacionadas con factores genéticos, metabólicos, endocrinos, químicos o físicos, con agentes infecciosos y con procesos inflamatorios o neoplásicos.

Pigmentación fisiológica

La pigmentación fisiológica, también conocida como racial o étnica, se refiere a la alteración de la pigmentación típica de color rosa coral de la mucosa oral debido al aumento de la actividad celular de los melanocitos, en particular una cantidad aumentada de melanina depositada en la capa basal del epitelio. Es decir, hay un aumento en la producción de pigmento de melanina por los melanocitos, no un mayor número de melanocitos.

Esta forma de pigmentación es la más comúnmente observada en la mucosa oral, representando el 39,9% de todas las pigmentaciones orales. Afecta predominantemente a individuos con tonos de piel oscuros sin predisposición de género y se diagnostica con mayor frecuencia en las primeras dos décadas de vida, pero los sujetos afectados pueden no ser conscientes de ello.

Se manifiesta como máculas asintomáticas, solitarias o múltiples con bordes bien definidos que varían en color desde el bronceado claro, al marrón oscuro o al negro. Suele presentarse de forma difusa, bilateral y simétrica; sin embargo, pueden observarse diversos patrones. Aunque la tendencia a desarrollar una pigmentación se adquiere genéticamente, pueden intensificarse y extenderse con la edad y está influenciada por terapias sistémicas, tabaquismo y hormonas.

Puede afectar cualquier parte de la cavidad oral, aunque el sitio más afectado es la encía, particularmente la encía adherida, y cuando ocurre aquí es más comúnmente bilateral simétrica excluyendo el borde marginal. En las encías, la pigmentación cuando ocurre, es más comúnmente bilateralmente simétrica y no transgrede la unión mucogingival, y en tales casos algunas veces la encía libre no está pigmentada. Ocasionalmente, la mucosa alveolar se ve afectada, y nuevamente la unión mucogingival no se transgrede. Otros sitios involucrados en orden decreciente de frecuencia son la mucosa bucal, los labios, la lengua y el paladar. En estas ubicaciones no gingivales, la pigmentación tiende a tener forma irregular con bordes menos definidos. En la lengua dorsal, la pigmentación puede involucrar sólo las puntas de las papilas fungiformes.

Microscópicamente, no se observa un aumento en el número de células de melanocitos o su migración, sino más bien un aumento de la deposición de melanina en la capa basal epitelial y la lámina propia.

El diagnóstico de la pigmentación fisiológica se basa en el examen clínico y no es necesario el tratamiento. Para determinar el diagnóstico, es importante obtener una historia clínica y social completa, así como interrogar al paciente sobre el inicio de la pigmentación, y siempre teniendo en cuenta criterios de exclusión de enfermedades relacionadas con la pigmentación que pueden ser similares en apariencia.

Melanosis del fumador

La melanosis oral relacionada al tabaco es una afección reactiva, benigna y frecuente que produce un aumento de la pigmentación de la mucosa oral por fumar cigarrillos o pipa.

Se plantea la hipótesis de que la melanogénesis inducida por el consumo de tabaco actúa como un mecanismo defensivo contra los componentes citotóxicos del humo del cigarrillo, incluidos los hidrocarburos poliaromáticos, la nicotina y el benzopireno, o como resultado de la estimulación por calor de los melanocitos para que produzcan melanina de forma protectora.

Esta afección suele presentarse en adultos y se ha reportado en el 21,5-30 % de los fumadores. Las mujeres son las más afectadas, lo que ha llevado a algunos autores a sugerir un posible vínculo hormonal.

La ubicación más común de la melanosis del fumador es la encía mandibular adherida labial anterior; sin embargo, también pueden verse afectados la mucosa bucal, el labio, el paladar duro y la lengua. clínicamente, se caracteriza por una hiperpigmentación difusa observada como múltiples máculas que pueden aparecer de color marrón claro a marrón negruzco, dependiendo de la duración y la cantidad de consumo de tabaco.

Microscópicamente, la producción de melanina se puede observar en la capa basal del epitelio. La melanina incontinente y los melanófagos se pueden notar en el tejido conectivo superficial. La histopatología de la melanosis del fumador es microscópicamente idéntica a la pigmentación fisiológica o mácula melanótica, por lo que la correlación clínica es necesaria para diagnosticar definitivamente esta afección.

Es importante destacar que la melanosis del fumador carece de potencial maligno, lo que la distingue de otras patologías orales pigmentadas con implicaciones neoplásicas.

La combinación de la presentación clínica y el historial de tabaquismo suelen ser suficientes para el diagnóstico, sin embargo, si una lesión está elevada o se produce en un sitio inusual, es necesaria una biopsia para descartar melanoma. Si bien esta afección no requiere tratamiento, se sugiere hablar con el paciente sobre los riesgos para la salud asociados con el tabaquismo. Dejar de fumar puede resultar en la desaparición gradual de las áreas pigmentadas. Para pacientes con preocupaciones estéticas, la escisión quirúrgica o la ablación láser pueden resultar en la resolución de las áreas pigmentadas; Sin embargo, la pigmentación puede reaparecer si el hábito persiste.

Esta condición resalta la importancia de una historia médica y social completa, incluido el consumo de tabaco, en el diagnóstico diferencial de la pigmentación oral. La reversibilidad de la melanosis del fumador al dejar de fumar enfatiza aún más su vínculo directo con la exposición al tabaco.



Figura 12. Abati, S., Sandri, G. F., Finotello, L., & Polizzi, E. (2024). Differential Diagnosis of Pigmented Lesions in the Oral Mucosa: A Clinical Based Overview and Narrative Review. *Cancers*.



Figura 13. Rosebush, M. S., Briody, A. N., & Cordell, K. G. (2019). Black and Brown: Non-neoplastic Pigmentation of the Oral Mucosa. *Head and neck pathology*

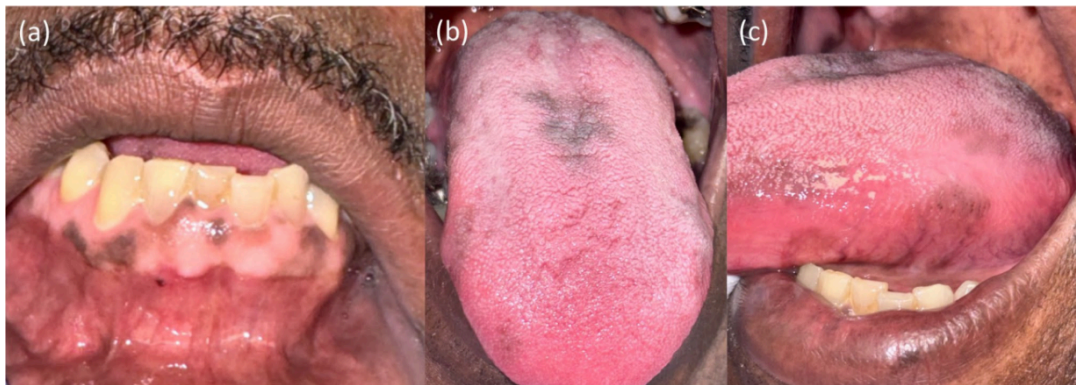


Figura 14. Wolk, R., Massi, D., & Trochesset, D. (2025). Pigmented Lesions of the Oral Mucosa: Clinical Presentation, Histology, and Recommendations for Management. *American journal of clinical dermatology*.

Nevos melánicos

Las máculas melanóticas orales se reconocen como una categoría prevalente de lesiones pigmentadas benignas, caracterizadas por un aumento localizado de la concentración de melanina. Este aumento de la deposición de melanina se produce sin una proliferación correspondiente de melanocitos, lo que las distingue de otras patologías orales pigmentadas.

Clínicamente, estas máculas varían en tonalidades desde el marrón claro hasta un negro más pronunciado, determinado principalmente por la profundidad y densidad de la melanina en las capas epiteliales y, ocasionalmente, subepiteliales.

La etiología de estas máculas es multifactorial y combina elementos idiopáticos con un espectro de enfermedades sistémicas, fluctuaciones hormonales e incidentes específicos de traumatismos localizados. Los mecanismos precisos que conducen a la mayor actividad de los melanocitos en la producción de melanina aún se comprenden parcialmente. Se especula que implica una interacción compleja de factores genéticos intrínsecos e influencias ambientales extrínsecas, como la exposición a la luz ultravioleta, que se sabe que desencadena la producción de melanina como respuesta protectora. Además, diversos

medicamentos y enfermedades sistémicas se han asociado con la aparición de máculas melanóticas orales, lo que indica una posible correlación entre la salud sistémica y los fenómenos de pigmentación oral concentrada.

Clínicamente, la mácula melanótica se presenta como una lesión solitaria, circunscripta, bien definida, uniformemente pigmentada y plana que varía de color tostado a marrón oscuro. La localización más frecuente es en el bermellón del labio, siendo el inferior el más común. Sin embargo, su presencia no se limita a esta región; intraoralmente pueden ubicarse en la mucosa bucal, las encías, el paladar duro y blando, y la superficie dorsal de la lengua. Tanto las lesiones labiales como las intraorales suelen ser asintomáticas. Estas máculas, típicamente aisladas en apariencia, varían en tamaño de 0,1 a 2,0 cm, siendo la mayoría menores de 1 cm. A pesar de su carácter benigno, la identificación de máculas melanóticas orales justifica una evaluación clínica exhaustiva.

Las lesiones labiales tienden a diagnosticarse a una edad más temprana que las lesiones intraorales, posiblemente como resultado de la facilidad de visualización del bermellón del labio por parte del paciente en comparación con los sitios intraorales. La mayoría de las máculas melanóticas se encuentran en pacientes mujeres y se pueden observar en pacientes de cualquier raza.

Generalmente se requiere una biopsia para un diagnóstico definitivo de mácula melanótica. Si se presenta con características clásicas en el labio inferior, se puede establecer un diagnóstico clínico con la recomendación de monitoreo periódico. Si tienen irregularidad en los bordes, pigmento desigual, cambio de color, ulceración u otras características sospechosas, independientemente del tamaño, se recomienda una biopsia para descartar melanoma.

La evaluación clínica de las máculas melanóticas orales suele basarse en una inspección visual completa y una revisión exhaustiva de la historia clínica del paciente. Sin embargo, la presencia de características atípicas o cambios documentados en la apariencia de la lesión requiere medidas diagnósticas adicionales. En este caso, la evaluación histológica mediante biopsia se vuelve esencial. Los hallazgos histopatológicos suelen revelar un aumento del depósito de melanina en la capa basal epitelial y pueden incluir macrófagos cargados de melanina en el tejido conectivo, sin un aumento correspondiente en el número de melanocitos. Si se presenta con características clásicas en el labio inferior, se puede establecer un diagnóstico clínico con la recomendación de monitoreo periódico.

Como no existen criterios clínicos para distinguir las máculas melanóticas intraorales del melanoma, se recomienda biopsiar todas las lesiones de la cavidad oral, en particular las del paladar, ya que es el sitio más común del melanoma intraoral.

El tratamiento de las máculas melanóticas orales es generalmente conservador, priorizando la vigilancia continua para controlar cualquier alteración indicativa de transformación maligna u otros problemas clínicos.



Figura 15. Abati, S., Sandri, G. F., Finotello, L., & Polizzi, E. (2024). Differential Diagnosis of Pigmented Lesions in the Oral Mucosa: A Clinical Based Overview and Narrative Review. *Cancers*.



Figura 16. Ison, J., & Clark, A. (2023). Pigmented Lesions of the Oral Cavity. *Oral and maxillofacial surgery clinics of North America*.



Figura 17. Wolk, R., Massi, D., & Trocheset, D. (2025). Pigmented Lesions of the Oral Mucosa: Clinical Presentation, Histology, and Recommendations for Management. *American journal of clinical dermatology*.

Pigmentación por cuerpo extraño

La pigmentación oral exógena es un tema notable debido a su frecuente ocurrencia y las diversas fuentes de las cuales surge. Típicamente benigna, esta pigmentación resulta de sustancias extrañas introducidas en la mucosa oral. Un ejemplo común es el tatuaje de amalgama, que ocurre cuando pequeñas partículas de empastes de amalgama dental se incrustan accidentalmente en los tejidos blandos de la boca durante procedimientos dentales. Esto puede ocurrir durante la colocación o extracción de una restauración donde los fragmentos pueden entrar a través de una abrasión, un sitio de extracción o el surco gingival. El tatuaje de amalgama puede ocurrir en cualquier persona con antecedentes de restauraciones de amalgama.

Estos tatuajes aparecen como manchas planas indoloras grises, azules o negras, usualmente cerca del sitio del trabajo dental. Los tatuajes de amalgama son una forma prevalente de pigmentación exógena, que surge típicamente de procedimientos dentales donde el material de amalgama se incrusta inadvertidamente en los tejidos blandos. Se caracterizan por su distintiva coloración azul o negra y se identifican cerca de áreas de restauraciones dentales. Los bordes pueden estar bien definidos, ser irregulares o difusos. La mayoría de los tatuajes de amalgama miden 6 mm o menos. Puede producirse un agrandamiento, presumiblemente debido a la migración de macrófagos, la reabsorción del

hueso subyacente o la corrosión continua. La localización más común es la encía o la mucosa alveolar, aunque también suelen verse afectados otros sitios, como el paladar duro, la mucosa bucal y el suelo de la boca. Se pueden observar múltiples lesiones.

Las pigmentaciones exógenas también pueden ocurrir a partir de materiales viejos usados en empastes endodónticos, que pueden atravesar el hueso y los tejidos, causando pigmentación de la mucosa a nivel del ápice del diente involucrado. El diagnóstico se basa principalmente en el examen clínico, pero se deben emplear radiografías o biopsia cuando el origen de la pigmentación no está claro, para distinguirlas de afecciones más graves. El examen radiográfico se prefiere para el diagnóstico diferencial de los tatuajes de amalgama/metal cuando se sospecha. Se recomienda una biopsia cuando el examen radiográfico no revela la presencia de partículas metálicas, incluso si la sospecha clínica se inclina hacia un tatuaje de amalgama, particularmente en casos solitarios, ya que estas lesiones entran en el diagnóstico diferencial con los nevos y el melanoma. En el examen histológico, se observa material granular o fibrilar negro fino incrustado en el tejido conectivo o en una localización perivascular, con escasa o nula respuesta inflamatoria.

El manejo de estas lesiones pigmentadas generalmente no requiere intervención a menos que exista una preocupación estética o una necesidad de confirmar la naturaleza benigna de la pigmentación. El pronóstico para los pacientes con tatuajes de amalgama y formas similares de pigmentación exógena es generalmente bueno, lo que subraya la importancia de la conciencia y la comprensión de estas afecciones entre los profesionales dentales.



Figura 18. Abati, S., Sandri, G. F., Finotello, L., & Polizzi, E. (2024). Differential Diagnosis of Pigmented Lesions in the Oral Mucosa: A Clinical Based Overview and Narrative Review. *Cancers*

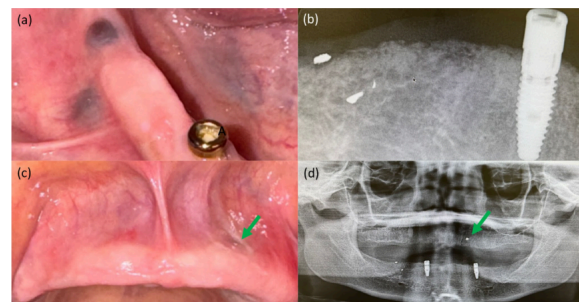


Figura 19. Wolk, R., Massi, D., & Trocheset, D. (2025). Pigmented Lesions of the Oral Mucosa: Clinical Presentation, Histology, and Recommendations for Management. *American journal of clinical dermatology*.

Pigmentación por enfermedad sistémica

La pigmentación difusa de la cavidad oral y la piel es una manifestación temprana y altamente específica de la enfermedad de Addison, que se presenta en hasta el 92% de los pacientes. La enfermedad de Addison, también conocida como insuficiencia suprarrenal o hipoadrenalismo primario, es una endocrinopatía caracterizada por la producción inadecuada de glucocorticoides (cortisol y aldosterona) debido a la destrucción progresiva de la corteza suprarrenal. Su causa está dada por una variedad de mecanismos que

incluyen infecciones, particularmente la tuberculosis, neoplasias o por una enfermedad autoinmune, siendo la causa más común la adrenalitis autoinmune.

En respuesta a niveles insuficientes de corticosteroides, la glándula pituitaria sintetiza y secreta mayores cantidades de hormona adrenocorticotrópica (ACTH). A medida que aumentan los niveles de ACTH, hay un aumento correspondiente en la hormona estimulante de los melanocitos (α -, β - y γ -melanotropinas); ambos promueven la melanogénesis y, por lo tanto, la pigmentación difusa en las superficies cutáneas y orales.

La enfermedad de Addison no tiene predilección de género y afecta a todos los grupos de edad. En la cavidad oral, la enfermedad de Addison generalmente se manifiesta como melanositis irregular que afecta múltiples ubicaciones. La pigmentación intraoral a menudo precede al bronceado de la piel. La hiperpigmentación cutáneo-mucosa afecta al 92 % de los pacientes con enfermedad de Addison. Estas lesiones pigmentadas orales se presentan como máculas marrones difusas que pueden afectar todas las superficies orales, y suelen aparecer y progresar en la edad adulta. Los labios, las encías, la mucosa bucal, el paladar duro y la lengua suelen estar afectados. Las máculas tienden a ser de color negro azulado o marrón y pueden tener una configuración irregular o estriada. El diagnóstico de estas lesiones pigmentadas orales se basa principalmente en la historia clínica del paciente.

Otras características clínicas incluyen debilidad lentamente progresiva, anorexia, alteraciones del estado de ánimo, náuseas, vómitos, diarrea y pérdida de peso. También se observan hipercalcemia e hiponatremia que resultan en un antojo de sal. Reconocer los signos tempranos de la enfermedad de Addison es fundamental porque la afección puede ser mortal si no se trata. El diagnóstico implica una prueba de estimulación con ACTH exógena con la posterior medición de cortisol sérico y niveles plasmáticos de ACTH.

Por lo general, no se requiere tratamiento de las lesiones pigmentadas de la mucosa oral asociadas a un trastorno sistémico. La desaparición de las lesiones orales puede seguir al tratamiento de la afección subyacente. En este caso de la enfermedad de Addison el tratamiento implica una terapia de reemplazo de esteroides que generalmente resuelve la hiperpigmentación. Puede ser necesario aumentar temporalmente la dosis antes de un procedimiento médico o dental prolongado debido a la mayor necesidad de corticosteroides por parte del cuerpo durante ocasiones estresantes. Los pacientes que reciben un tratamiento adecuado pueden esperar una esperanza de vida normal.

El síndrome de Peutz-Jeghers, síndrome de Cushing, la acromegalia y el hipertiroidismo también presentan pigmentación similar a la de la enfermedad de Addison.

El síndrome de Peutz-Jeghers es un trastorno hereditario autosómico dominante que se caracteriza por la formación de pólipos únicos en el tracto gastrointestinal y una pigmentación mucocutánea específica. Las personas con SPJ tienen un riesgo mucho mayor de desarrollar varios tipos de cáncer, especialmente en las regiones mamaria y gastrointestinal.

Las manifestaciones orales, en particular las lesiones pigmentadas en los labios y el interior de la boca, sirven como características diagnósticas cruciales y marcadores visuales que pueden alertar a los profesionales de la salud sobre la posible presencia de PJS. Si bien estas lesiones son benignas y altamente indicativas del síndrome, el diagnóstico diferencial es esencial, ya que la pigmentación oral también puede asociarse con máculas melanóticas,

nevos y efélides en los labios. Identificar con precisión las lesiones pigmentadas de PJS y diferenciarlas de afecciones como máculas melanóticas, nevos y efélides es crucial para guiar el manejo clínico y la vigilancia adecuados.

Las manchas de color negro a marrón de menos de 1 mm de tamaño se localizan típicamente en el labio inferior y en el área perioral. También pueden presentarse lesiones pigmentadas intraorales, intranasales, conjuntivales y rectales, así como manchas localizadas en las superficies acrales.



Figura 20. Wolk, R., Massi, D., & Trochesset, D. (2025). Pigmented Lesions of the Oral Mucosa: Clinical Presentation, Histology, and Recommendations for Management. *American journal of clinical dermatology*.

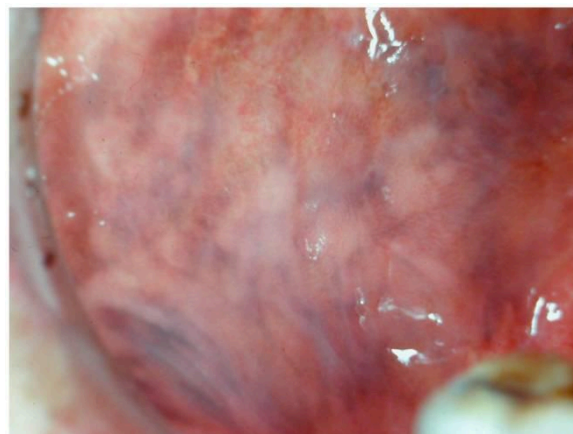


Figura 21. Abati, S., Sandri, G. F., Finotello, L., & Polizzi, E. (2024). Differential Diagnosis of Pigmented Lesions in the Oral Mucosa: A Clinical Based Overview and Narrative Review. *Cancers*.

Pigmentación por medicamentos

Numerosos medicamentos sistémicos han sido implicados en causar pigmentación de la mucosa oral ya sea induciendo la síntesis de melanina o por deposición del fármaco o sus metabolitos. En pacientes predispuestos, los fármacos pueden causar una reacción inflamatoria intraoral y posteriormente inducir hiperpigmentación postinflamatoria.

Los antipalúdicos como la cloroquina, la hidroxiclороquina y la quinacrina están prominentemente implicados en el desarrollo de pigmentaciones orales inducidas por fármacos. Los medicamentos adicionales involucrados con mayor frecuencia incluyen hormonas, anticonceptivos orales, quimioterapéuticos, antipsicóticos como la clorpromazina y fenotiazinas, antimicóticos incluyendo ketoconazol y clotrimazol, antimicrobianos como tetraciclina, minociclina y clofazimina, fármacos antirretrovirales como zidovudina. Cualquier paciente que tome estos medicamentos a largo plazo debe ser monitoreado para el desarrollo de pigmentación oral.

El paladar duro, la encía y la mucosa bucal son las ubicaciones más comunes afectadas. Clínicamente, la decoloración es plana y puede ser focal, multifocal o difusa. El color puede ser negro, gris, azul o marrón. La pigmentación restringida al paladar duro se observa clásicamente con antipalúdicos, que se prescriben comúnmente en el tratamiento de enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide y el lupus eritematoso sistémico. Se puede observar un área algo simétrica de afectación centrada en la línea media.

A nivel fisiopatológico, dos mecanismos subyacen a la formación de estas pigmentaciones: Uno de los mecanismos es induciendo directa o indirectamente la síntesis y liberación de melanina por los melanocitos, lo que resulta en una pigmentación verdadera; otro de los mecanismos es a través de la deposición de precipitados del fármaco en la submucosa o la unión directa del fármaco a la melanina, impartiendo así una coloración de azul a negra a la mucosa oral. El mecanismo específico por el cual aumenta la síntesis de melanina no se entiende completamente, aunque es posible que los metabolitos de algunos fármacos puedan estimular la melanogénesis.

El diagnóstico clínico se simplifica si se establece una asociación temporal entre la aparición de la pigmentación con el inicio de la administración de un fármaco que se sabe que causa este efecto adverso. Tras la interrupción del medicamento, puede producirse una atenuación significativa de las lesiones. En algunos casos, puede ser necesaria una biopsia para confirmar el diagnóstico, dado que estas decoloraciones tienden a aparecer en las mismas localizaciones donde se desarrolla con mayor frecuencia el melanoma oral. Dependiendo del fármaco, las características histopatológicas imitan las de la mácula melanótica o se presentan como gránulos finos de color marrón amarillento en la lámina propia, que se interpretan como depósito de fármaco o productos farmacológicos. En la mayoría de los casos, la decoloración tiende a desaparecer a los pocos meses de suspender el fármaco. No se ha informado de la transformación maligna de estas lesiones.

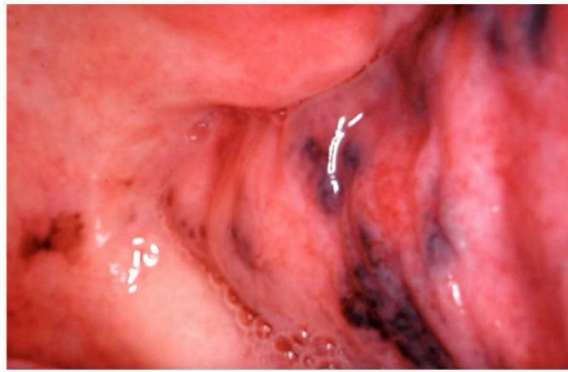


Figura 22. Abati, S., Sandri, G. F., Finotello, L., & Polizzi, E. (2024). Differential Diagnosis of Pigmented Lesions in the Oral Mucosa: A Clinical Based Overview and Narrative Review. *Cancers*.

Melanoma oral

El melanoma oral es poco común y representa menos del 1% de todas las neoplasias malignas orales. Se caracteriza por la proliferación de melanocitos malignos a lo largo de la unión entre los tejidos epiteliales y conectivos, así como dentro del tejido conectivo.

La etiología del melanoma oral sigue siendo en gran parte incierta: a diferencia de los melanomas cutáneos más comunes, que son causados principalmente por los rayos ultravioleta (UV) del sol en el 86% de los casos, algunos investigadores sugieren que el uso de tabaco y la irritación crónica por maloclusión pueden desempeñar un papel en su desarrollo. En aproximadamente el 30% de los casos, la aparición de la enfermedad está precedida por una lesión pigmentada benigna como el nevo adquirido común, el nevo congénito, el nevo displásico y el nevo azul celular, aunque típicamente se desarrolla de novo en una mucosa oral aparentemente normal.

El sitio más común es el paladar duro, que representa alrededor del 40% de los casos, seguido de la encía, que representa un tercio de los casos. También pueden verse afectados otros sitios de la mucosa oral. El melanoma oral se encuentra generalmente entre la cuarta y la séptima décadas de la vida, con una mayor incidencia en hombres que en mujeres. Clínicamente, el melanoma oral puede presentarse como una mancha con un espectro de colores que va del marrón oscuro al negro azulado, asintomática, suave a la palpación, de crecimiento lento, con bordes asimétricos e irregulares, o como una masa con variaciones de color gris, púrpura y rojo que crece rápidamente asociada con ulceración, sangrado, dolor y destrucción ósea.

Criterios para el diagnóstico clínico del melanoma (regla ABCDE).

- Asimetría: es cuando una mitad de la lesión no coincide con la otra mitad de la lesión
- Irregularidad del borde: es cuando los bordes están dentados, irregulares o borrosos.
- Irregularidad del color: la pigmentación no es variada, se observa pigmentación de color que va desde negro, marrón, tostado, rojo, azul y blanco.
- Diámetro: más de 6 mm
- Elevación: una elevación en la superficie también es un signo.

Tipos de melanoma

- Propagación superficial
- Melanoma nodular
- Melanoma lentigo maligno
- Melanoma lentiginoso acral
- Melanoma lentiginoso mucoso.

De estos, el melanoma lentiginoso acral y el melanoma lentiginoso mucoso se presentan comúnmente en la cavidad oral.

El tratamiento consiste en una escisión quirúrgica radical con márgenes limpios. Esto puede ser difícil de lograr debido a las limitaciones anatómicas y la proximidad a estructuras vitales. La radioterapia y la quimioterapia son ineficaces, lo que agrava las dificultades asociadas con el manejo de esta neoplasia maligna. Las metástasis a distancia suelen afectar los pulmones, el cerebro, el hígado o los huesos.

El pronóstico para los pacientes con melanoma oral es mucho peor que para aquellos con lesiones cutáneas, y la tasa de supervivencia general a 5 años es del 15 %.



Figura 23. Wolk, R., Massi, D., & Trochesset, D. (2025). Pigmented Lesions of the Oral Mucosa: Clinical Presentation, Histology, and Recommendations for Management. *American journal of clinical dermatology*.



Figura 24. Ison, J., & Clark, A. (2023). Pigmented Lesions of the Oral Cavity. *Oral and maxillofacial surgery clinics of North America*.

Lesiones	Características clínicas	Áreas de localización
Pigmentación fisiológica	Máculas marrones, asintomáticas, simétricas, de bordes definidos. Color homogéneo.	Encía adherida, mucosa labial, lengua.
Melanosis del fumador	Máculas marrones difusas, irregulares, relacionadas con el consumo de tabaco.	Encía mandibular anterior, mucosa bucal, paladar.
Nevos melánicos	Lesión solitaria, plana, marrón o negra, bien delimitada.	Labio inferior, mucosa bucal, envía
Tatuaje de amalgama / de cuerpo extraño	Mancha gris azulada, localizada próxima a restauraciones metálicas.	Encía, mucosa alveolar, paladar duro.
Pigmentación por enfermedad sistémica	Máculas difusas o múltiples en piel y mucosa.	Labios, mucosa bucal, encía, lengua.
Pigmentación por medicamentos	Máculas marrones, negras o azuladas. Puede ser difusa o multifocal.	Paladar duro, mucosa bucal, encía.
Melanoma oral	Mancha o masa pigmentada irregular, con variación de color y bordes asimétricos. Posible ulceración o sangrado.	Paladar duro y encía maxilar.

Figura. Diagnóstico diferencial de lesiones pigmentadas que afectan la cavidad bucal.

Diagnóstico

Luego de la evaluación clínica integral, se determinó que las pigmentaciones observadas corresponden a una pigmentación racial fisiológica, también denominada pigmentación melánica fisiológica, exacerbada por el hábito tabáquico del paciente.

El diagnóstico se estableció en base a la distribución bilateral, simétrica y difusa de las manchas, su coloración parda homogénea, la ausencia de síntomas y de antecedentes sistémicos o farmacológicos asociados.

Asimismo, se descartaron otras causas de pigmentación mediante la anamnesis, el examen radiográfico (que descartó pigmentos metálicos o tatuaje de amalgama) y la exclusión de lesiones con potencial maligno. No se consideró necesaria la biopsia, ya que los hallazgos clínicos fueron concluyentes.

Plan de tratamiento

El plan de tratamiento se basó en la observación clínica y el control periódico del paciente, priorizando la educación y la prevención:

- Educación sobre el hábito tabáquico, informando los efectos del cigarrillo sobre la salud bucal, incluyendo el posible aumento de la pigmentación melánica y el riesgo de lesiones potencialmente malignas.
- Control clínico para reevaluar el estado de las lesiones pigmentadas y detectar posibles cambios de color, tamaño o bordes.
- Registro fotográfico y clínico para seguimiento evolutivo.

Pronóstico

El pronóstico del caso es favorable, dado que la pigmentación racial es una condición benigna, estable y sin potencial de malignización.

No se esperan cambios clínicamente significativos, aunque podría observarse ligera atenuación de la pigmentación si el paciente logra suspender el hábito tabáquico.

El pronóstico general del paciente será óptimo siempre que mantenga controles regulares y buena higiene oral.

DISCUSIÓN

Tratamientos alternativos

Si bien la pigmentación fisiológica no requiere tratamiento debido a que es asintomática e inocua, pueden considerarse alternativas estéticas en casos de inquietud por parte del paciente:

- Ablación láser (CO₂ o Er:YAG): permite eliminar selectivamente la capa epitelial pigmentada con mínima recidiva.
- Quirúrgico convencional (desepitelización): opción menos frecuente, reservada para pigmentaciones localizadas.

CONCLUSIONES

El presente caso resalta la importancia de un enfoque diagnóstico sistemático ante lesiones pigmentadas orales.

El análisis clínico minucioso, acompañado de una anamnesis completa y la exclusión de factores sistémicos o exógenos, permitió establecer el diagnóstico de pigmentación racial fisiológica sin necesidad de procedimientos invasivos.

Se destaca el rol del odontólogo en el reconocimiento de las pigmentaciones benignas para evitar biopsias innecesarias y, al mismo tiempo, en la detección temprana de lesiones sospechosas con potencial maligno.

Asimismo, el caso enfatiza la relevancia de la educación en salud bucal y cesación tabáquica, tanto por sus implicancias estéticas como por la prevención de enfermedades orales y sistémicas.

Un diagnóstico correcto, sustentado en la evidencia científica, garantiza una atención integral, ética y segura para el paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abati, S., Sandri, G. F., Finotello, L., & Polizzi, E. (2024). Differential Diagnosis of Pigmented Lesions in the Oral Mucosa: A Clinical Based Overview and Narrative Review. *Cancers*, 16(13), 2487. <https://doi.org/10.3390/cancers16132487>
2. Feller, L., Masilana, A., Khammissa, R. A., Altini, M., Jadwat, Y., & Lemmer, J. (2014). Melanin: the biophysiology of oral melanocytes and physiological oral pigmentation. *Head & face medicine*, 10, 8. <https://doi.org/10.1186/1746-160X-10-8>
3. Gondak, R. O., da Silva-Jorge, R., Jorge, J., Lopes, M. A., & Vargas, P. A. (2012). Oral pigmented lesions: Clinicopathologic features and review of the literature. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*, 17(6), e919–e924. <https://doi.org/10.4317/medoral.17679>
4. Hassona, Y., Sawair, F., Al-Karadsheh, O., & Scully, C. (2016). Prevalence and clinical features of pigmented oral lesions. *International journal of dermatology*, 55(9), 1005–1013. <https://doi.org/10.1111/ijd.13133>
5. Ison, J., & Clark, A. (2023). Pigmented Lesions of the Oral Cavity. *Oral and maxillofacial surgery clinics of North America*, 35(2), 153–158. <https://doi.org/10.1016/j.coms.2022.10.008>
6. Ko, E., & Panchal, N. (2020). Pigmented Lesions. *Dermatologic clinics*, 38(4), 485–494. <https://doi.org/10.1016/j.det.2020.05.009>
7. Lambertini, M., Patrizi, A., Fanti, P. A., Melotti, B., Caliceti, U., Magnoni, C., Misciali, C., Baraldi, C., Ravaioli, G. M., & Dika, E. (2018). Oral melanoma and other pigmentations: when to biopsy?. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV*, 32(2), 209–214. <https://doi.org/10.1111/jdv.14574>
8. Lambertini, M., Patrizi, A., Ravaioli, G. M., & Dika, E. (2018). Oral pigmentation in physiologic conditions, post-inflammatory affections and systemic diseases. *Giornale italiano di dermatologia e venereologia : organo ufficiale, Societa italiana di dermatologia e sifilografia*, 153(5), 666–671. <https://doi.org/10.23736/S0392-0488.17.05619-X>
9. Martinelli-Kläy, C. P., Laporte, M. L., Martinelli, C. R., Martinelli, C., & Lombardi, T. (2016). Oral Malignant Melanoma Initially Misdiagnosed as a Racial Pigmentation: A Case Report. *Dermatopathology (Basel, Switzerland)*, 3(1), 1–7. <https://doi.org/10.1159/000444049>
10. Rosebush, M. S., Briody, A. N., & Cordell, K. G. (2019). Black and Brown: Non-neoplastic Pigmentation of the Oral Mucosa. *Head and neck pathology*, 13(1), 47–55. <https://doi.org/10.1007/s12105-018-0980-9>
11. Sreeja, C., Ramakrishnan, K., Vijayalakshmi, D., Devi, M., Aesha, I., & Vijayabanu, B. (2015). Oral pigmentation: A review. *Journal of pharmacy & bioallied sciences*, 7(Suppl 2), S403–S408. <https://doi.org/10.4103/0975-7406.163471>
12. Wolk, R., Massi, D., & Trochesset, D. (2025). Pigmented Lesions of the Oral Mucosa: Clinical Presentation, Histology, and Recommendations for Management. *American journal of clinical dermatology*, 10.1007/s40257-025-00950-y. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s40257-025-00950-y>

ANEXOS

ANEXO I

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

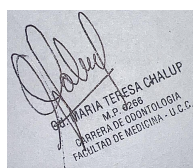
PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

TRABAJO INTEGRADOR: “PIGMENTACIONES ORALES EN PACIENTE FUMADOR: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE PIGMENTACIÓN RACIAL Y LESIONES MIMETIZANTES”

AUTOR: Bazán Zalazar Guadalupe

REALIZADO BAJO LA TUTELA DEL PROFESOR/A: Chalup María Teresa

FIRMA DEL TUTOR:



MARIA TERESA CHALUP
M.P. 4266
CARRERA DE ODONTOLOGIA
FACULTAD DE MEDICINA - U.C.C.

FECHA: 10/12/2025

ANEXO II

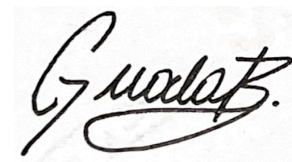
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

Yo Bazán Zalazar Guadalupe, estudiante y autor del Trabajo Integrador titulado *"Pigmentaciones orales en paciente fumador: importancia del diagnóstico diferencial entre pigmentación racial y lesiones mimetizantes"* DECLARO que el trabajo presentado es original y elaborado por mí.

FIRMA



Córdoba, de 2025

ANEXO III

Universidad Católica de Córdoba
Facultad de Medicina
Carrera de Odontología



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA
Universidad Jesuita

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la Ciudad de Córdoba a los 00 días del mes de abril del año 2025 siendo las 14 hs.
Autorizo el siguiente tratamiento odontológico realizado por el
estudiante/practicante Bazán Zalazar Guadalupe DNI N° 43881076 que habiendo
aprobado las materias básicas de su carrera, realicen actividades de aprendizaje en instituciones asistenciales,
oficiales o privadas, que sólo podrán actuar bajo la dirección, control personal directo y responsabilidad de los
profesionales designados para su enseñanza y dentro de los límites autorizados.

Apellido y Nombre del paciente: Tejada Sergio Emanuel DNI: 31868109

Declaro que mi odontólogo ha examinado mi boca debidamente. Que se me ha explicado otras alternativas a este tratamiento, que se han estudiado y considerado estos métodos que se me informaron, siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento. Consiento la ejecución de operaciones y procedimientos además de los ahora previstos o diferente de ellos, tanto si se debieran a afecciones imprevistas, actualmente o no. Que el estudiante mencionado anteriormente o sus jefes de trabajos práctico puedan considerar necesarios o convenientes en el curso del tratamiento a realizar. Me ha sido explicado también que pueden haber riesgos para la salud asociado con la anestesia y dichos riesgos me han sido claramente explicados. Consiento en que se fotografíen las operaciones o procedimientos que se han de ejecutar, incluyendo partes apropiadas de mi cuerpo para fines médicos, científicos o educacionales, siempre que mi identidad no sea revelada por las imágenes o textos que la acompañen. Consiento con el objeto de contribuir a la educación odontológica en la admisión de observadores en el lugar destinado para mi atención. Dejo constancia de que se le ha explicado en forma verbal y ha dado su consentimiento con respecto a: los riesgos molestias y efectos adversos previsibles, riesgos personalizados, indicaciones, medicación indicada, consecuencias de la no realización del procedimiento propuesto, y la decisión del paciente o de su representante legal, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, podría ser revocada si él quisiera.

Todas mis dudas han sido aclaradas y estoy completamente de acuerdo con lo consignado en esta fórmula de consentimiento. Si al momento de la intervención surgiera una situación anátomo patológica distinta y más grave a la prevista, doy mi consentimiento para que se actúe del modo más conocido, según la ciencia y conciencia respecto a lo programado, por el exclusivo interés de mi salud. Asimismo, doy consentimiento para la administración de anestesia local que se aplicará para la realización de dicho tratamiento delegando al odontólogo el tipo de anestesia y me comprometo a regresar a la próxima consulta el día...../...../.....Hora.....

El/la que suscribe Sergio Tejada DNI N° 31868109
con domicilio en calle Armada Argentina 345 otorgo mi consentimiento para que se
me realice el tratamiento odontológico propuesto por el Sr./Srta. Bazán Zalazar Guadalupe

Firma del paciente: [Firma]

Firma del Profesional a cargo: [Firma]

Firma del representante si el paciente es menor de edad: