

**Revista del
Centro Dermatológico Pascua**

Volumen
Volume **13**

Número
Number **1**

Enero-Abril
January-April **2004**

Artículo:




Revisión de libros y revistas

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Centro Dermatológico Pascua

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



Medigraphic.com

Revisión de libros y revistas

Mucosa oral: Variaciones de la normalidad

Seoane JM, Aguado A, Varela-Centelles P, Vázquez J, Romero MA, Pias L. *Cutis* 2002; 69: 131-134.

Varias condiciones clínicas en la mucosa oral no pueden considerarse patológicas, ya que son variaciones normales o desórdenes menores del desarrollo.

El concepto de pseudopatología se utiliza para un grupo de lesiones que no son demasiado severas para considerarse patológicas.

Línea alba. Línea ligeramente levantada, blanquecina, bilateral, a nivel de la oclusión dentaria. Se propone como mecanismo patogénico la presión negativa intraoral. No requiere tratamiento.

Leucoedema. Proceso crónico que crea arrugas en la mucosa cambio de coloración grisácea. Causada por engrosamiento epitelial con marcado edema intercelular. Es asintomática, asociada al uso de tabaco. No requiere tratamiento, pero puede mejorar con ácido retinoico.

Manchas de Fordyce. Es la manifestación clínica de la descarga de las glándulas sebáceas subepiteliales. Se observan grupos de gránulos amarillentos, del tamaño de la cabeza de un alfiler, sobre todo en mucosa de la mejilla y labio inferior. Aparecen en la edad adulta y afectan al 75% de la población. No requiere tratamiento.

Foliate papillae (amígdalas linguales ectópicas simétricas). Extensión de la amígdala lingual sobre el tercio posterior de los bordes laterales de la lengua. La inflamación traumática puede producir glosodinia, conocido como papilitis.

Varicosidades sublinguales. Dilatación del sistema venoso sublingual, caracterizado por pequeñas elevaciones azuladas, debajo de la lengua (lengua en caviar); que se pueden extender a los bordes de la lengua, piso de la boca. Es asociado a la edad, enfermedades cardiopulmonares e insuficiencia venosa de miembros inferiores. Se relaciona con degeneración de las fibras elásticas.

Tejido linfoide ectópico. Se encuentra en los bordes posterolaterales de la lengua, u otras localizaciones. Son lesiones blanco-amarillentas, pequeñas, asintomáticas. Que no requieren biopsia ni tratamiento.

Malformación polipoide de la mucosa oral. Lesión solitaria en la línea media (frenillo), aparece desde el

nacimiento, es asintomática y no aumenta de tamaño.

Fístulas laterales del paladar blando. Fístulas de escasos milímetros, que aparecen bilateralmente en el paladar blando y los pilares anteriores. Su frecuencia es baja.

Doble labio. Malformación de la superficie interna del labio superior que emerge como una almohadilla horizontal debajo de la línea real del labio, que es más aparente al sonreír. Puede ser parte del síndrome de Ascher (doble labio, blefarocalasia y crecimiento tiroidea). Por efectos cosméticos puede realizarse corrección quirúrgica.

Lengua fisurada o escrotal. Alteración congénita, caracterizada por múltiples ranuras y fisuras en la superficie y bordes laterales de la lengua. Es uno de los elementos del síndrome de Melkersson-Rosenthal.

Pigmentación racial gingival. En raza negra, se presenta un borde café-negruzco, a lo largo de la encía. Es más frecuente en fumadores, y debe diferenciarse de la pigmentación por ingesta de plomo.

Lengua geográfica. Lesiones caracterizadas por zonas eritematosas acompañadas de pérdida de papilas filiformes, rodeadas por un halo blanco-amarillento, prominente. Cambian de forma, y afectan dorso de lengua principalmente. Son idénticas a las lesiones por psoriasis oral y síndrome de Reiter's. El 2% de la población es afectada.

Dra. Brenda Bengoa. RIII Dermatología

Mechanisms of sunscreen failure

Warthan M, Wright S, Wagner R. *JAAD* 2001; 44(5): 781-784.

Aunque los bloqueadores solares tienen el potencial de disminuir el riesgo de quemadura solar, paradójicamente el uso de bloqueadores solares se ha asociado con cáncer de piel en investigaciones epidemiológicas. Este estudio investiga la frecuencia de quemadura solar en una población que usa protector solar y se enfoca en los mecanismos de falla de éstos.

En un estudio clínico reciente, los bloqueadores solares no previnieron la quemadura solar en 55% de las personas en la playa.

Este estudio demuestra que la quemadura solar en pacientes que usan protectores solares se debe a la falla en la aplicación de los mismos.

Los protectores solares resistentes al agua son aquellos en que se mantiene el factor de protección solar (FPS) después de 2 exposiciones de 20 minutos al agua con actividad moderada.

La protección ofrecida por un protector solar se mide por el FPS que debe ser aplicado a dosis de 2 mg/cm², esta dosis es raramente alcanzada, generalmente se aplica de 0.5-1.3 mg/cm², lo cual es insuficiente.

En otro estudio se encontró que la cantidad de protector solar aplicado varía de zona a zona, por lo que hay áreas mal cubiertas.

Además después de la exposición al agua, el protector solar debe de ser reaplicado.

También los medios físicos para evitar las quemaduras solares son básicos.

Dra. Ana Paula Flores Q

The risk of melanoma in association with long-term exposure to PUVA

Stern R et al. JAAD 2001; 44(5): 755-761.

Desde 1974 se utiliza la PUVA como tratamiento de psoriasis. Esta terapia es mutagénica, estimula la hiperplasia de los melanocitos e induce lesiones pigmentadas atípicas clínicamente. Los 5 riesgos más importantes por el tratamiento con PUVA son: carcinoma de piel no melanoma, melanoma, envejecimiento acelerado, cataratas y cánceres no cutáneos.

En este estudio prospectivo multi-institucional se documenta la incidencia de melanoma en aquellos pacientes que recibieron PUVA como Tx de psoriasis en 1975 y 76. Este es el tercer corte que se ha hecho del mismo estudio.

Se inició el estudio con 1,380 pacientes, desde entonces se han dado 18 entrevistas y 9 exploraciones dermatológicas.

El primer estudio fue de 1975 a 1988 y no se encontró diferencia significativa en la incidencia de melanoma comparado con la población blanca en general.

El segundo análisis fue hasta 1996. No se encontró ninguna diferencia significativa hasta 1990, a partir de 1991 se observó un aumento en el riesgo de melanoma dosis dependiente, en cuanto al número de sesiones que recibieron los pacientes, siendo alta cuando recibieron 250 o más.

Se encontró una mayor incidencia de melanoma hasta 15 años después de haber recibido el primer tratamiento con PUVA. Después de 1991 la incidencia de melanoma maligno aumentó 10 veces más en los pacientes que recibieron PUVA que la población general.

Así como en la población general, los pacientes con tipos de piel que se queman fácil y no se broncean tienen un mayor riesgo de presentar un melanoma; de hecho en el estudio ningún fototipo de piel 4 ó 5 presentó melanoma.

Este estudio se realizó en pacientes con psoriasis severas que recibieron dosis altas de PUVA, por lo que estos resultados son aplicables a pacientes que recibieron dosis altas de la misma.

Dra. Ana Paula Flores Quijano