

Mancha negra o tinción cromógena dental



J. Martínez-Blanco¹, V. García-González¹, E. Barrio-Traspaderne², M. Fournier-Carrera^{1,3}, C. Suárez-Castañón³

¹Pediatra. CS El Coto. Gijón. Asturias

²MIR-Pediatría. Hospital de Cabueñes. Gijón. Asturias

³Pediatra. CS Severo Ochoa. Gijón. Asturias

PUNTOS CLAVE

- La mancha negra dental es un cuadro frecuente en la edad pediátrica, benigno y con buen pronóstico.
- En su formación intervienen una flora oral cromógena que interactúa con una saliva cuya composición difiere, en parte, de la habitual, aunque la etiología exacta del cuadro no está dilucidada.
- El diagnóstico es clínico y habitualmente no precisa la realización de pruebas complementarias. Debe diferenciarse de otras tinciones exógenas y principalmente de caries.
- El tratamiento se basa en la limpieza profesional, siempre y cuando los motivos estéticos o psicológicos así lo aconsejen; aunque posteriormente recidiva con mucha frecuencia.

INTRODUCCIÓN

Se trata de un proceso frecuente en la infancia¹⁻⁶, aunque poco divulgado, del que existe escasa información bibliográfica^{4,6-9}.

Consiste en pigmentaciones dentales exógenas y oscuras que se adhieren al esmalte^{1-7,9,10}. Pueden ser observadas tanto en la dentición decidua como en la permanente^{2,4-6,9}, aunque algún autor considera que es más frecuente en la dentición temporal^{6,10}. Causan problemas estéticos, siendo motivo de preocupación en pacientes y padres^{2,4,7-9}, con una alta tasa de recidivas^{2,4,6-9,11}.

La frecuencia de esta entidad no se conoce con exactitud, ya que se dispone de pocos estudios que la hayan analizado y con importantes diferencias metodológicas entre ellos¹⁻⁶. Se calcula

una prevalencia de entre un 1 y un 20%^{2,4,7}, siendo más frecuente en países de América del Sur y Asia³.

El diagnóstico es clínico, y el tratamiento se basa en limpiezas mecánicas profesionales^{2,4,6,9-11}.

CASO CLÍNICO

Caso 1

Niño de diez años, procedente de Sudamérica. Sin antecedentes de interés, asintomático. No refieren ingesta de suplementos férricos. Consulta por manchas marrones, casi negras, lineales, en el tercio medio de la superficie de caninos y molares superiores, que no desaparecen con el cepillado, respetando una estrecha franja proximal a la encía (Figura 1).

Diagnóstico: mancha negra o tinción cromógena dental.

Se le informa de que es un problema meramente estético con dos opciones: mantener una actitud expectante o la realización de una limpieza por Odontología, aunque la posibilidad de recidiva es alta.

Caso 2

Niño de trece meses sin antecedentes de interés ni historia de ingesta de sales férricas, asintomático. Consulta por manchas oscuras que se habían iniciado en incisivos superiores, extendiéndose posteriormente al resto de la arcada dental superior, adheridas a la superficie dental formando líneas continuas hacia el tercio medio de la superficie dental respetando una fina franja proximal a la encía (Figura 2).

Diagnóstico: Mancha negra o tinción cromógena dental.

Se recomienda actitud expectante y vigilar evolución.



Figura 1. Mancha negra o tinción cromógena



Figura 2. Mancha negra o tinción cromógena

IMPORTANCIA EN NUESTRO MEDIO

La mancha negra o tinción cromógena produce problemas estéticos y puede ser confundida con caries^{2,7}.

¿Cuál es la etiología de esta entidad?

Aún no está totalmente dilucidada. Se baraja la existencia de una microbiota especial, compuesta por bacterias cromógenas, con predominio de *Actinomyces spp.*^{1-5,7-9}. En los pacientes con manchas negras, la frecuencia de *Streptococcus mutans* es menor que en los que no las presentan^{1,2,7,9}. Esta microbiota interactúa con una composición característica de la saliva con alto contenido de calcio, cobre, sodio, fosfatos y proteínas^{1-7,9}, así como un menor contenido en glucosa que los grupos de control^{1,4,7,9}. Algunos autores relacionan esta situación con la dieta y la presencia de hierro en el agua^{1,7} y también a una mayor capacidad de amortiguación de dicha saliva^{1,3,4,7,9}. La velocidad

del flujo salival es menor en los niños con mancha negra^{1,5}, aunque no difieren en la cantidad salival^{4,7}.

¿Cuál es la prevalencia en nuestro país?

En España se calcula una prevalencia de entre el 3,1 y el 7,54%^{3,6}.

¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de esta entidad?

Consiste en pigmentaciones dentales exógenas, oscuras, que se distribuyen en forma de puntos o líneas paralelas al margen gingival y que se adhieren firmemente al esmalte en el tercio cervical de la corona dental^{1-7,9,10}, respetando en la mayoría de los casos una porción estrecha del esmalte cerca del margen gingival^{2,6,9}.

Las áreas más frecuentemente afectadas corresponden a las caras palatinas de los incisivos centrales superiores e inferiores, cara palatina de los premolares superiores y la vestibular de los molares superiores⁷.

¿Cómo haremos el diagnóstico y qué enfermedades debemos tener en cuenta en el diagnóstico diferencial?

El diagnóstico es clínico, aunque no existen criterios diagnósticos bien establecidos¹. Se han propuesto varias clasificaciones:

- Shourie: tipo 1, ausencia de línea; tipo 2, coalescencia incompleta de puntos pigmentados; tipo 3, líneas continuas formada por manchas pigmentadas.
- Koch: presencia de puntos oscuros (de diámetro inferior a 0,5 mm) que forman una línea de color alterado, paralelos al margen gingival en superficies dentales lisas de al menos dos dientes diferentes, sin cavitación en la superficie del esmalte.
- Gasparetto: tipo 1, puntos pigmentados o líneas de coalescencia incompleta paralelas al margen gingival; tipo 2,

líneas continuas pigmentadas observadas con facilidad limitadas a la mitad del tercio cervical de la superficie dentaria; tipo 3, manchas pigmentadas que se extienden más allá de la mitad del tercio cervical de la superficie del dentaria^{1,2,7,9}.

El diagnóstico diferencial debe de hacerse fundamentalmente con las caries, de las que se diferencian en el aspecto, localización y la presencia/ausencia de signos de descalcificación^{2,7}. También con otras pigmentaciones extrínsecas como las producidas por clorhexidina, taninos, compuestos de hierro o compuestos fluorados^{7,9,11}.

¿Qué asociaciones podemos encontrar?

- Caries: se encuentra menor frecuencia de caries en la mayoría de las investigaciones^{1,2,4,7-10}. Algunos autores, sin embargo, no encuentran asociación estadística^{3,6,7}.
- Suplementos de hierro: asociación positiva con el consumo regular de alimentos ricos en hierro, con vitamina C y el uso de suplementos de hierro en el embarazo y la primera infancia^{3,8}. Si bien otros autores, como López Martínez⁵, no encontraron relación.
- Patología de las vías respiratorias: asociación positiva con asma, otitis, mucosidad crónica retrofaríngea (94%), respiración bucal (81%) y obstrucción nasal (50%)^{4,9}.
- Succión digital^{4,9}.
- Higiene oral: los datos son contradictorios¹.

¿Cuáles son las opciones de tratamiento y profilaxis?

En primer lugar, es necesario explicar y tranquilizar a la familia y al paciente si fuera preciso. Debemos indicar que el pronóstico es favorable, ya que, como mencionamos anteriormente, tienden a desaparecer en la edad adulta y que no se trata de caries.

Si por motivos estéticos se decide tratar, informaremos que precisan la realización de una limpieza mecánica profesional para su eliminación^{2,4,6,9-11}, quedando la superficie dental, tras la eliminación de la mancha, intacta y sin descalcificaciones^{2,4}, pero las recidivas son muy frecuentes^{2,4,6,7,9,11}.

No se conoce ningún fármaco que evite o elimine este cuadro⁴. Se recomienda evitar la ingesta de bebidas con colorantes, los medicamentos que contienen hierro y tener precaución con los preparados de clorhexidina^{4,10}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zyla T, Kawala B, Antoszevska-Smith J, Kawala M. Black stain and dental caries: a review of the literature. *Biomed Res Int*. 2015;2015:469392.
2. Ronay V, Attin T. Black stain - a review. *Oral Health Prev Dent*. 2011;9:37-45.
3. García Martín JM, González García M, Seoane Leston J, Llorente Pendás S, Díaz Martín JJ, García-Pola MJ. Prevalence of black stain and associated risk factors in preschool Spanish children. *Pediatr Int*. 2013;55:355-9.
4. Huamán Palacios M. Manejo clínico de la mancha negra en odontología. *Odontol Pediatr*. 2013;12:129-39.
5. López Martínez TM. Manchas dentárias negras em escolares de 8 a 12 años: prevalência e fatores associados. *Dissertação (Mestrado) Odontopediatria [conferencia]*. Universidad Federal de Pelotas. Facultad de Odontología; 2012.
6. Paredes Gallardo V, Paredes Cencillo C. Tinción cromógena, un problema habitual en la clínica pediátrica. *An Pediatr (Barc)*. 2005;62:258-60.
7. Guzmán Núñez NC, Super Vergara SSI, Pinochet Mondaca AN, Maiza Villagrán PB, Vieira Castro N. Frecuencia de tinciones dentales en escolares de San Juan de la Costa, Chile, 2012. *Rev Cubana Estomatol*. 2015;52:2-10.
8. Mayta Tovalino FR, Torres-Quevedo JC. Pigmentaciones negras extrínsecas y su asociación con caries dental en niños con dentición mixta. *Rev Estomatol Herediana* 2008;18:16-20.
9. Bircher ME. Mancha negra y caries en dentición decidua y mixta [tesis doctoral]. Rosario: Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Rosario; 2002.
10. Bonilla Represa V, Martín Hernández J, Jiménez Planas A, Llamas Cadaval R. Alteraciones del color de los dientes. *Rev Eur Odontoestomatol*. 2007;17:17-31.
11. Haro Velastegui SC. Causas y tratamientos de la pigmentación dental por medios intrínsecos y extrínsecos [trabajo de graduación]. Guayaquil: Facultad de Odontología, Universidad de Guayaquil; 2012.