



“BARRERAS DE ACCESIBILIDAD PARA LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD”

Autores: Sofía M. Alí*; María A. Meana González**; Roxana L. Blanco***

*Dra. de la UNNE en Odontología. Prof. Adjunta, Área Curricular Odontología Social y Comunitaria: FOUNNE.

** Jefe de Trabajo Práctico Área Curricular Odontología Social y Comunitaria: FOUNNE.

*** Magister en Gestión de la Salud Pública con orientación en Prácticas Preventivas.

Jefe de Trabajo Práctico Área Curricular Odontología Social y Comunitaria: FOUNNE.

Autor de correspondencia Sofía M. Alí

Comunicación breve

En el contexto de nuestro país, el sistema de salud presenta múltiples barreras de acceso a la población en general. Sin embargo, para la población con discapacidad estas barreras se magnifican desde la atención, financiación, accesibilidad, continuidad y participación, hasta la falta de acceso a datos rigurosos y pruebas objetivas sobre la disponibilidad de programas que permitan garantizar sus derechos. Es preciso aludir a que la odontología, como disciplina de la salud, debe reconocer los retos que implica la atención de esta población. El objetivo de este trabajo es Analizar la situación de salud bucal y desarrollo de un protocolo de atención odontológica integral de las personas con discapacidad que asisten al servicio de atención odontológica para personas con discapacidad de la FOUNNE -Ctes Capital. Previo consentimiento informado, la muestra estará constituida por 90 personas de ambos sexos, con discapacidad y sus padres/tutores o encargados, dependiendo del tipo de discapacidad y la edad del paciente. A través de una encuesta se observará, variables relacionadas con la accesibilidad, tipo de atención odontológica recibida, actitudes del profesional para la atención odontológica, estado de las piezas dentarias e higiene oral. Además, los datos se registrarán en odontograma. Diseñándose un protocolo, teniendo en cuenta las distintas prestaciones que se puedan realizar para que dicha



población reciba un tratamiento integral odontológico. Con el desarrollo de este proyecto se pretende lograr excelentes resultados y un importante impacto, logrando un mayor número de odontólogos que atiendan a esta población olvidada y logrando el cumplimiento de un protocolo de atención integral para los mismos.

PALABRAS CLAVE: **Palabras Clave:** Personas con Discapacidad, Atención Integral, Protocolo de atención

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

Bibliografía:

Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de acción mundial de la OMS para la discapacidad 2014-2021. Mejor salud para todas las personas con discapacidad. Disponible en: www.who.int/disabilities/actionplan

Ley 22.431: Sistema de Protección Integral para las Personas con Discapacidad”

Ortega López MF; Vintimilla Márquez K; Paredes Cabrera A; Ramírez Romero D; Rédua R; Bedoya R; Ramos Montiel R. Protocolo de atención odontológica integral para niños y adolescentes con discapacidad intelectual. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2020/art-71/>



COMPLEJIDADES INHERENTES A LA LECTOCOMPRENSIÓN DE CONSIGNAS DEL ESTUDIANTE DE PRIMER AÑO DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA (FONNE)

Autores: Milagros Rojo Guinazú, Profesora y Licenciada en Letras, Especialista en Docencia Universitaria, Especialista en Lectura, Escritura y Educación. Profesora Titular de Comunicación oral y escrita II de la FONNE.

María Belén Ferreyra, Profesora en Ciencias de la Educación, Especialista en Educación y Nuevas Tecnologías. Auxiliar de 1° de Comunicación oral y escrita II de la FONNE.

Autor de correspondencia. mrojoguinazu@odn.unne.edu.ar

RESUMEN

Las teorías actuales sobre la lectocomprensión señalan que este proceso es complejo y requiere habilidades mentales específicas para leer y entender textos escritos. Por lo tanto, estudiar las consignas que se usan habitualmente para guiar esta práctica, como un tipo de texto instruccional con diversas dimensiones y enfoques, permite entender cómo su redacción influye en la manera en que los estudiantes interpretan las tareas asignadas por los docentes, y en la orientación que se les brinda para apoyar sus procesos de interpretación textual. El propósito de este estudio es analizar las consignas orientadas a la lectocomprensión de textos escritos en el primer año de la carrera de Odontología en la FONNE, con el fin de establecer la relación entre la formulación de las mismas y su estructura, investigando el tipo de orientación proporcionada a los ingresantes para la realización de tareas, y determinando los procesos cognitivos, metacognitivos y comunicativos involucrados en la instrucción. Para ello, se examinan las consignas del Trabajo Práctico N° 2 del Módulo "Comunicación oral y escrita" en la Unidad Curricular Introducción a la Odontología, con énfasis en los aspectos lexical, morfosintáctico y textual de las mismas, así como las respuestas de los estudiantes. Los resultados revelan que, a pesar de la claridad aparente en la formulación de estas instrucciones, los estudiantes presentan dificultades en su interpretación. Esto sugiere una desconexión entre las expectativas del docente y la comprensión de los alumnos,



destacando la importancia de revisar y mejorar la formulación de las consignas, para garantizar que los estudiantes comprendan adecuadamente las tareas solicitadas y puedan desarrollar los procesos cognitivos necesarios para un aprendizaje efectivo.

PALABRAS CLAVE: Consignas – lectocomprensión – ingresantes

INTRODUCCIÓN

Para abordar el análisis de las consignas orientadas a la lectocomprensión de textos escritos en el primer año de la carrera de Odontología (Founne), es oportuno establecer la relación inherente entre el enunciado formulado y la manera como éste se estructura, con el propósito de indagar el tipo de orientación que se brinda al ingresante para la realización de tareas y establecer cuáles son los procesos cognitivos, metacognitivos y comunicativos involucrados en la instrucción.

El estudio de las consignas en el contexto del primer año de la carrera de grado concede derivar conclusiones asociadas con las concepciones de los docentes respecto de la enseñanza y el aprendizaje, explicaciones sobre la orientación dada a los procesos comunicativos y sobre las diferencias que se pueden observar en los enunciados afines a las intenciones formativas del profesor universitario; a la par, los procesos efectivamente desarrollados por los estudiantes a partir de sus interpretaciones de las consignas, entre otras cuestiones.

Las teorías actuales sobre la lectocomprensión asumen que esta actividad implica un proceso complejo que demanda el uso de habilidades mentales específicas para la lectura y comprensión de textos escritos. Por consiguiente, el estudio de las consignas utilizadas comúnmente en el primer año para orientar esta práctica, en cuanto tipo de texto instruccional que involucra distintas dimensiones y concepciones, adquiere relevancia puesto que habilita indicar de qué modo su formulación repercute tanto en la interpretación que hacen los estudiantes sobre las tareas demandadas por los docentes, como en la orientación que se proporcione a los mismos para lograr apoyar sus procesos de interpretación textual.

Atorresi¹ señala que las consignas son esenciales para orientar el proceso de lectocomprensión, puesto que una consigna debe guiar y especificar la producción escrita de un determinado tipo de texto en un contexto específico. No obstante, en muchos casos los enunciados pueden resultar



ambiguos o generar confusión en los estudiantes, porque habilitan variadas interpretaciones. Por esa razón, las respuestas de los alumnos no siempre se corresponden con lo esperado por el docente.

Zakhartchouk² sostiene que la comprensión de consignas es una “capacidad metodológica”, cuya lógica puede ser aprendida por el estudiante pero que a su vez tiene que ser comprendida por el docente como orientador de los procesos en la universidad. Por ello, se considera este tipo de enunciado como “la operación intelectual en la que se descompone una tarea”. Además, atribuye a las consignas, como textos de instrucción, las finalidades de verificación sobre la comprensión, retención y asimilación por parte del alumno, a la vez que de evaluación de conocimientos y del saber-hacer. En consecuencia, el planteamiento de la consigna debe contener una serie de aspectos que permitan guiar la producción escrita del estudiante y a la vez que puedan dar cuenta de su aprendizaje.

Por lo expuesto, es de interés esta investigación orientada al reconocimiento de las características, implicaciones y demás aspectos pertinentes sobre las consignas, para favorecer el desarrollo de procesos cognitivos, metacognitivos y comunicativos. A la par, para aportar elementos para la reflexión sobre este tema en el ámbito universitario, se expondrán algunos aportes teóricos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Como muestra de análisis en esta investigación se ha seleccionado el Trabajo Práctico N° 2 de la Comisión 2 del Área Disciplinar “Comunicación oral y escrita” realizado en el marco de la Unidad Curricular Introducción a la Odontología (Área disciplinar del primer año, primer semestre, de la carrera de Odontología, Facultad de Odontología, Universidad Nacional del Nordeste), del ciclo académico 2024.

La consigna de trabajo consistía en retomar la lectura del texto utilizado en Introducción a la Odontología, *Histología* (2012) de Geneser, puntualizando la atención en el capítulo 9 denominado “Tejido adiposo”. Para ello, luego de realizar una lectura comprensiva del capítulo asignado, los estudiantes debían responder a las siguientes consignas:



1. Defina Tejido adiposo.
2. Indique cuáles son las características del Tejido adiposo.
3. Mencione y ejemplifique un caso de Tejido adiposo.
4. Aplique lo requerido para una lectura global del texto, resuma las ideas y organícelas en un esquema.

El método de análisis escogido para la investigación fue el de la indagación de los planos lexicales, morfosintácticos y textuales de las consignas y de las respuestas de los alumnos ingresantes.

En primer lugar, desde el plano lexical, se atendió al área de conocimiento y al vocabulario específico de la disciplina odontológica. Específicamente, este léxico es el que designa operaciones intelectuales (por ejemplo, caracterizar, calcular, describir, comparar, argumentar, ejemplificar, relacionar, etcétera), que suelen solicitarse en las consignas de trabajo o en evaluaciones propuestas a los estudiantes.

En segundo lugar, desde el plano morfosintáctico se consideró las posibles ambigüedades que se originan en una organización particular de los componentes de la oración que la conforma, y que muchas veces da lugar a numerosas dificultades de interpretación.

Finalmente, desde el plano textual, la consigna responde a las mismas propiedades que un texto de mayor extensión. La coherencia semántica y la cohesión gramatical suelen ser factores desatendidos en la comprensión y a veces en la formulación de las consignas.

RESULTADOS

Riestra³ sostiene que las consignas de tareas son textos orales y/o escritos producidos en la interacción sociodiscursiva de todos los niveles de enseñanza, es considerada y analizada como el propio texto de enseñanza y determina el posible efecto sobre los estudiantes en la realización de las actividades de leer y escribir. A partir de esta definición, se considera que se trata, por lo tanto, de enunciados organizadores del género discursivo/textual, de elaboración profesional que

conduzcan al desarrollo de una tarea específica y concreta en un contexto determinado. A continuación, se comentará el análisis de los resultados obtenidos en el trabajo objeto de estudio.

Consigna 1: “Defina tejido adiposo”

En relación con esta primera consigna, se comprende que el enunciado es claro léxica, morfosintáctica y textualmente, puesto que remite a la operación concreta de definir, es decir, enunciar la conceptualización del término “tejido adiposo”. Silvestri⁴ considera que este tipo de enunciados tiene como propósito lograr que el interlocutor ejecute una acción determinada. A partir de este marco teórico, la consigna 1 se formuló con precisión y claridad para que la tarea demandada a los estudiantes se ejecute coherentemente.

Al margen de la claridad inherente a la formulación del enunciado, los resultados presentaron imprecisiones. Mencionamos cuatro casos muestra para indagar en las derivaciones efectuadas por los alumnos ingresantes:

Caso 1: “El tejido adiposo es tejido graso, forma un órgano no difuso y forma alrededor del 20% del peso corporal de una persona adulta normal”.

Caso 2: “El tejido adiposo o tejido graso forma un órgano difuso, y alrededor del 20% del peso corporal de una persona adulta normal es tejido adiposo. Su principal función es el depósito de energía. Además, actúa como órgano endócrino y, en algunos sitios, también como almohadillado protector mecánico”.

Caso 3: “El tejido adiposo es un tejido graso que forma un órgano difuso y constituye el 20% del peso corporal de una persona normal”.

Caso 4: “El tejido adiposo es un tipo de tejido conectivo especializado que se compone principalmente de células adiposas, también conocidas como adipocitos los cuales almacenan grasa”.

En base a los cuatro casos muestra, se observa que pocos estudiantes lograron llegar a una conceptualización del tema, puesto que se centraron en nombrar características y funciones, sin responder cabalmente a lo requerido. Sin embargo, el caso 4 es el que más se aproximó a la noción de definición.

Comprender las implicancias de una operación de pensamiento significa que el estudiante puede desprender, de la lectura global y comprensiva de un material determinado, el saber que debe poner en texto; el que deviene en respuesta a la consigna. La razón de confundir definir con caracterizar, por ejemplo, conduce a conjeturar que el alumno dispone de recursos limitados para establecer una distinción sustancial para su aprendizaje. Reconocer lo que “algo es” de “los componentes o rasgos que lo caracterizan” segmentan y restringen un aprendizaje que, en el transcurrir de su carrera de grado, se irá complejizando.

Consigna 2: “Indique cuáles son las características del tejido adiposo”

En relación con esta segunda consigna, se comprende que el enunciado es claro léxica, morfosintáctica y textualmente, puesto que remite a la operación concreta de caracterizar, es decir, mencionar particularidades o propiedades propias de un asunto. Al margen de la explícita formulación del enunciado, los resultados presentan confusiones en vinculación con lo que se comprende por “caracterizar”. Se tomaron cinco casos muestra para indagar en este punto:

Caso 1: “Las características del tejido adiposo son las siguientes: a/ Tejido adiposo amarillo o blanco: representa la mayor parte del tejido adiposo de la economía en el adulto. Se lo denomina tejido adiposo unilocular, porque las células sólo contienen una única gota grande de lípido. b/ Tejido adiposo marrón: se encuentra únicamente en determinados sitios y también se denomina tejido adiposo multilocular, porque las células contienen muchas gotas pequeñas de lípido”.

Caso 2: “Las características del tejido adiposo son: depósito de energía, actúa como órgano endócrino y también como almohadillado protector mecánico, se encuentran dos tipos de tejidos adiposos, tejido adiposo blanco (unilocular) y tejido adiposo pardo (multilocular)”.

Caso 3: “Está compuesto por grasas de depósito, son células poliédricas, bastantes grandes en el tejido marrón y más pequeños en el tejido blanco, contienen pequeñas gotas de lípidos de distintos tamaños, etc.”.

Caso 4: “Las características del tejido adiposo son: almacén de energía, regula temperatura corporal, regula apetito, protección mecánica”.

Caso 5: “Las características principales son su función de depósito de energía y que actúa como órgano endócrino”.

A partir del análisis de la muestra de cinco casos se observa que hay un desconocimiento del significado de la palabra clave “caracterizar”. Según Carut⁵, puede ocurrir que las palabras clave, que constituyen la esencia de la consigna, utilizadas en una disciplina no tengan el mismo significado para otra. De acuerdo con el análisis realizado, no se puede aseverar que los alumnos ingresantes desconozcan el tema; sin embargo, no comprendieron la consigna. El confundir caracterizar con enunciar las funciones o con clasificar tipos de tejidos adiposos, es el reflejo de la inadecuada visión de la acción a ejecutar.

Consigna 3: “Mencione y ejemplifique un caso de tejido adiposo”

En relación con esta tercera consigna, se comprende que el enunciado es claro léxica, morfosintáctica y textualmente, puesto que remite a la operación concreta de mencionar y ejemplificar un caso, es decir, indicar una situación concreta a partir de una ejemplificación. Se tomaron cinco casos muestra para la indagación en los resultados de esta consigna:

Caso 1: “Tejido adiposo amarillo o blanco que solo contiene una gota grande de lípido y representa la mayor parte del tejido adiposo en la economía del adulto”.

Caso 2: “El tejido adiposo pardo o grasa parda es un tipo de tejido adiposo el cual se encuentra en el cuerpo humano de color marrón debido a su alto contenido de mitocondrias y su rica vascularización. Este tipo de tejido adiposo es especial porque se activa al sentir frío, genera calor para ayudar a mantener la temperatura corporal”.

Caso 3: “Un ejemplo común de tejido adiposo en el cuerpo humano se encuentra en la región abdominal. El tejido adiposo que se acumula alrededor del vientre es un área donde muchas personas tienden a almacenar grasa”.

Caso 4: “Un caso común relacionado con el tejido adiposo es la obesidad, es decir que es la acumulación excesiva de tejido adiposo especialmente en el área abdominal, pueden tener implicaciones significativas para la salud y desarrollar enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2”.



Caso 5: “Un caso y ejemplo de tejido adiposo es la grasa corporal. Ella se ubica mayormente en el abdomen, piernas, brazos y en algunas regiones de la cabeza”.

En base a la pesquisa de los casos presentados se percibe disparidad en los resultados, puesto que esta consigna implicaba la divulgación del saber aprendido. Ofrecer un caso concreto, a la par, dar un ejemplo de la vida cotidiana, representan instancias de valoración de lo estudiado y de hacer algo con ese conocimiento. Mientras los casos 3, 4 y 5 se aproximan a ello; los casos 1 y 2 no pueden abandonar la copia textual del material bibliográfico sin apropiación de la información.

Consigna 4: “Aplice lo requerido para una lectura global del texto, resuma las ideas y organícelas en un esquema”

En relación con esta cuarta consigna, se advierte que el enunciado léxico, morfosintáctica y textualmente es ordenador, puesto que los alumnos deben realizar una lectura global del material, para luego resumir y organizar los resultados de sus lecturas comprensivas.

Si bien la consigna era simple, los estudiantes solamente lograron presentar esquemas, omitiendo la realización de resúmenes. Es decir, interpretaron que lo que debía contener la respuesta era solamente la esquematización, cuando el objetivo era ver las estrategias de lectura global empleadas, los modos de resumir el contenido, para concluir con la presentación esquemática de esos saberes.

DISCUSIÓN

Si se piensa en el carácter de mediación en la consigna, Riestra⁶ propone el estudio de dos aspectos fundamentales: la consigna como instrumento cultural en la mediación entre pensamiento y lenguaje, y la textualización, es decir la relación existente entre lo instruccional, lo descriptivo y lo metacognitivo. En relación con el primer aspecto, la autora plantea que esta mediación de la consigna reside en que es acción del lenguaje producida para provocar un determinado efecto en la mente del otro, a través de un proceso de elaboración. La consigna de lengua es un texto

producido para dialogar, es decir, para realizar intercambios coherentes entre dos interlocutores, como mínimo y, por eso, un mismo texto consigna moviliza, tal como se pudo apreciar en los resultados, la producción de textos diversos. Cada alumno ingresante de la carrera de Odontología de la Facultad de Odontología de la UNNE realizó operaciones y acciones mentales según su desarrollo de pensamiento y lenguaje.

En relación con el acto ilocucionario, la orden prescribe qué hacer, de qué modo y en qué orden, es decir, sigue una secuencia que corresponde al orden de las acciones según el plan de ejecución de la tarea a cumplir. En este sentido, Silvestri⁷ asegura que las instrucciones que respetan en su secuencia la organización jerárquica del plan de ejecución son más fáciles de comprender.

Las consignas del trabajo que se escogieron para este estudio refieren a ese orden en el plan de ejecución: en primer lugar, definir; en segundo lugar, caracterizar; en tercer lugar, mencionar y ejemplificar; y, en último lugar, resumir y esquematizar. Es decir, la finalidad del texto instruccional de esta tarea consistió en lograr que los alumnos ingresantes desarrollen conductas, acciones y adquieran conocimientos. De esta manera, la instrucción se configura como un discurso directivo en donde el estudiante debe organizar y controlar los procesos mentales y actividades por medio de prescripciones sistemáticas y ordenadas.

De acuerdo con la indagación efectuada se comprende que en la primera consigna se reconoce una ambigüedad en relación con lo que el docente entiende y espera en relación con la operación de pensamiento “definir”, y lo que el estudiante entiende y desprende de dicha palabra. Definir es, básicamente, poder conceptualizar, poder enunciar lo que algo es. Si bien parece sencillo, no lo comprendieron de ese modo los cursantes. Por esa razón, se conjetura que una más adecuada formulación de la consigna podría ser: “Redacte un concepto o definición del tema tejido adiposo”. Por otra parte, en relación con “caracterizar” se vuelve a advertir la confusión, puesto que los estudiantes comprenden que para caracterizar se debe realizar clasificaciones e indicar funciones; cuestiones que remiten a otras operaciones de pensamiento no involucradas en los requerimientos de los docentes a la hora de presentar el enunciado. Caracterizar es, sustancialmente, poder enunciar particularidades propias de algo. De este modo, una apropiada revisión del enunciado consigna podría ser: “Indique características o particularidades propias del tejido adiposo”.



Asimismo, la tercera consigna devenía en la intención de que el alumno pudiera construir un conocimiento propio, al que pudiera asociar con la vida cotidiana. No obstante, parece complejo que los alumnos se desprendan de la información explícitamente expuesta en el texto. Se considera que una eficaz reformulación de la instrucción sería: “Piense en una situación de la vida cotidiana en donde pueda ejemplificar el tejido adiposo. Describa la situación y el ejemplo escogido”.

En vinculación con la cuarta consigna, se comprende que el estudiante no concibió el proceso de lecto-comprensión que los docentes rastreaban a partir del enunciado. Por ello, subsumieron la respuesta en la última acción: esquematizar. Atendiendo a esta libre interpretación efectuada por los alumnos, resultaría favorable repensar la consigna en los siguientes términos: “Para completar el trabajo requerimos: a/ Entrega del capítulo 9 con las marcas de lectura global realizadas (extraer ideas más importantes del texto, y construir las relaciones entre esas ideas generales, para llegar a comprender el mensaje central del texto, es decir, la idea más global del texto que permite integrar el conjunto de las ideas); b/ Resumen del mencionado capítulo; c/ Presentación de un esquema de elaboración propia en donde se evidencie la tarea realizada.”

A partir de la discusión de estos resultados, se observa que los alumnos, cuando localizan las palabras claves “definir”, “caracterizar”, “mencionar casos” o “ejemplificar”, “resumir”, no logran construir un conocimiento resultado de sus lecturas comprensivas; por ello, fuerzan al texto o encorsetan otras operaciones en el marco de las consignas dadas.

CONCLUSIÓN

En este artículo el interés estuvo centrado en las complejidades inherentes al planteamiento de las consignas para la producción escrita que se propusieron a los alumnos ingresantes de la carrera de Odontología, en el primer semestre de 2024, en el marco del dictado del Área disciplinar de Comunicación Oral y Escrita dentro de la Unidad Curricular Introducción a la Odontología. Se tomó como muestra de análisis la Comisión 2 y el Trabajo Práctico N° 2 solicitado.

Se trató de asumir la indagación en ciertas consignas, con el fin de analizar las estrategias de resolución que pusieron en práctica los estudiantes. Ello permitió determinar la incidencia en los

procesos cognitivos, metacognitivos y comunicativos de los estudiantes y, por supuesto, exponerlas como objeto de reflexión por parte de los docentes, a fin de impulsar cambios sustanciales en su estructuración.

El análisis de las consignas involucradas en el trabajo práctico de muestra posibilitó la valoración de la puesta en texto por parte de los alumnos de acuerdo con lo esperado. De este modo, se reconoce que la pseudo-claridad que nos arrogamos los docentes que enunciamos consignas, no resulta una verdad incuestionable. Esta cuestión permitió, por un lado, indagar en los procesos de lecto-comprensión que despliegan los estudiantes y; por otro lado, evidenciar la necesidad por parte del docente de revisar sus propias formulaciones.

Si se concibe el hecho de que los docentes conducen y orientan los procesos de enseñanza y aprendizaje, es menester propiciar consignas de trabajo que faciliten a los alumnos la puesta en texto de los conocimientos adquiridos en los diferentes espacios de formación universitaria.

Finalmente, y de acuerdo con la revisión del tema, se evidencia que realmente existen complejidades inherentes al planteamiento de las consignas para la producción escrita en el ámbito universitario y que, por consiguiente, tal como propone Camelo González⁸ se hace necesario reflexionar sobre aspectos que deben contemplar dichos enunciados en tanto que son textos que favorecen el desarrollo de habilidades mentales y promueven el aprendizaje en contextos académicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Atorresi, A. (2005). Construcción y evaluación de consignas para evaluar la escritura como competencia para la vida. *Enunciación*, (10): 4-14.
2. Riestra, D. (2004). Las consignas de trabajo en el espacio socio-discursivo de la enseñanza de la lengua. Recuperado de <http://en.scientificcommons.org/2388463> [Zakheartchouk (citado por Riestra, 2004, p. 56)].
3. Riestra, D. (2004). Las consignas de trabajo en el espacio socio-discursivo de la enseñanza de la lengua. Recuperado de <http://en.scientificcommons.org/2388463>
4. Silvestri, A. (1995). *Discurso Instruccional*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.



5. Carut, S. (2009). Interpretación de consignas: una práctica a ser enseñada. Recuperado de <http://www.lvm.unlp.edu.ar/uploads/docs/consignas.pdf>
6. Riestra, D. (2004). Las consignas de trabajo en el espacio socio-discursivo de la enseñanza de la lengua. Recuperado de <http://en.scientificcommons.org/2388463>
7. Silvestri, A. (1995). Discurso Instruccional. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
8. Camelo González, M. J. (2010) Las consignas como enunciados orientadores de los procesos de escritura en el aula, en Enunciación Vol. 15, Núm. 2/ Julio - Diciembre de 2010 Bogotá, Colombia/ ISSN 0122-6339/152/ pp. 58-67.



LA SOMBRA DEL MELANOMA AMELANÓTICO. Un Caso que Desafía al Sistema de Salud. REPORTE DE CASO

Autores: Hidalgo José Carlos*, Benetti Andrés**, Piazza María Emilia ***, María Florencia Saladino****, María Eugenia Gervasoni*****. Gustavo Marcelo Irala*****

*Especialista en Estomatología. Jefe del Servicio de Estomatología del Programa de Cáncer Bucal ciudad de Corrientes Argentina.

**Dr. Mgter. Especialista en Estomatología. Prof. Adjunto Anatomía Patológica FOUNNE. Referente Programa de Cáncer Bucal Ministerio de Salud Pública Provincia de Corrientes Argentina.

***Médica. Especialista en Anatomía Patológica Hospital Vidal. Ministerio de Salud Pública Provincia de Corrientes Argentina.

****Médica Residente Servicio de Anatomía Patológica Servicio Hospital Juan Ramon Vidal. Provincia de Corrientes Argentina.

*****Médica Especialista en Anatomía Patológica. Corrientes, Argentina.

*****Odontólogo. Jefe Servicio de Odontología CAPS N° 10 Ministerio de Salud de la Provincia de Corrientes. Argentina.

Autor de correspondencia: Esp. Hidalgo José Carlos.

RESUMEN

El melanoma amelanótico es una entidad infrecuente y más en cavidad bucal, representa el 2% de todos los melanomas, extremadamente agresivo localmente, de crecimiento tumoral rápido y mal pronóstico, debido en muchas ocasiones al estadio en el que se los suele diagnosticar, la situación socio económica del paciente influye mucho en dicho pronóstico, también debido a la falta de protocolos de atención de esta enfermedad y el colapso de los sistemas de Salud Pública que en general es el que se hace cargo del paciente en la Argentina, el tratamiento llega tarde, aunque se haya diagnosticado relativamente a tiempo. Correlacionando con el melanoma cutáneo también tiene un alto índice de invasión en profundidad y metástasis temprana lo que influiría



negativamente en la sobrevivencia de las personas. Ante la ausencia de estandarización de tratamiento y la rapidez de avance de esta patología se sugiere el diagnóstico precoz, la derivación oportuna y el tratamiento multidisciplinar, tanto quirúrgico como farmacológico. Presentamos el caso de una Paciente de 50 años con diagnóstico definitivo de melanoma amelanótico de encía con una evolución de 3 meses.

SUMMARY

Amelanotic melanoma is a rare entity and more so in the oral cavity, it represents 2% of all melanomas, extremely locally aggressive, with rapid tumor growth and poor prognosis, also due to the state in which it is usually diagnosed, the socioeconomic situation. of the patient greatly influences this prognosis also due to the lack of care protocols for this disease and the collapse of the Public Health systems., who in general is the one who takes care of the patient in Argentina, the treatment arrives late, although it was diagnosed relatively early. Correlating with cutaneous melanoma, it also has a high rate of deep invasion and early metastasis, which would negatively influence people's survival. In the absence of treatment standardization and the rapid progression of this pathology, early diagnosis, timely referral and multidisciplinary treatment, both surgical and pharmacological, are suggested. We present the case of a 50-year-old patient with a definitive diagnosis of amelanotic melanoma of the gum with an evolution of 3 months.

PALABRAS CLAVE: Melanoma, melanoma amelanótico, mucosa oral, cavidad bucal, encía.

INTRODUCCIÓN

Los melanocitos, células pigmentarias de la piel, juegan un papel crucial en la protección contra los rayos solares¹. Se originan en la cresta neural y migran hacia la epidermis y los folículos pilosos durante el desarrollo embrionario. Estas células dendríticas se caracterizan por su núcleo pequeño y la presencia de abundantes gránulos de melanina, que se sintetizan en organelas especializadas llamadas melanosomas². Los melanomas son transferidos a los queratinocitos adyacentes mediante un proceso citocromo, lo que confiere a la piel su coloración³.



La distribución y cantidad de melanosomas determinan el fototipo de cada individuo, siendo la base de las diferencias de pigmentación entre las razas. Los melanocitos están regulados por hormonas como las MSH (hormonas estimulantes de los melanocitos) y los estrógenos, que influyen en la pigmentación cutánea⁴.

En ocasiones, los melanocitos pueden transformarse en células malignas, dando lugar al melanoma, un tipo de cáncer de piel. El desarrollo y progresión del melanoma se asocian a mutaciones en genes como BRAF y NRAS, así como a la pérdida de otros genes como CDKN2A, CDK4 y PTEN, que regulan el crecimiento celular. Además, se observan alteraciones en la expresión de moléculas pro y anti-apoptóticas, lo que contribuye a la proliferación y supervivencia de las células tumorales⁵.

El melanoma se presenta en diversas variantes clínicas-patológicas, entre las que se destacan el melanoma extensivo superficial, el lentigo maligno, el melanoma nodular y el melanoma acromucolentiginoso. La ausencia de pigmentación en el melanoma se denomina amelanótico⁷.

Epidemiológicamente en Argentina son escasos los datos de ocurrencia de melanoma Cutáneo La Sociedad Argentina de Dermatología y la Fundación del Cáncer de Piel acordaron la creación del Registro Argentino de Melanoma Cutáneo (RAMC). El

49,4% se presentaron en mujeres y el 50,6% en varones. La media de la edad de presentación de los tumores en mujeres fue de 55,1 años con un rango de 2-99 años (DE = 17,8) y 58,5 en varones con un rango de 3-100 años (DE = 16,7) ($p < 0,001$).

La localización de los tumores varía según el género: la presentación en miembros inferiores fue más frecuente en las mujeres y en tronco en los varones. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$). No se obtuvo información sobre este dato en 533 casos (13,9%) El tipo más frecuente fue el melanoma extensivo superficial (54%) seguido por el nodular (27%), el melanoma lentigo maligno (8%) y el acrolentiginoso (6%). Esta distribución no varía entre sexos. Un total de 596 (15,6%) lesiones correspondieron a melanoma *in situ*. Entre los MC invasores, el 46% presento un espesor de Breslow menor a 1,01 mm. Entre las mujeres, el espesor de Breslow

difirió con la edad al diagnóstico. En las menores de 40 años el 61,8% de las lesiones tenían un Breslow <1 mm y 7,1% un Breslow $> 4,0$ mm. En cambio, en las mayores de 70 años, el 40,5% tuvo un Breslow < 1 mm y en un 18,4% de casos el espesor superó los 4 mm. En los varones, no se encontró una asociación significativa entre el Breslow y la edad. El dato sobre la presencia o no de ulceración fue obtenido en 2.752 casos (71,8%). De estos, solo 688 presentaron ulceración (18%) y no la presentaron 2.064 tumores (53,9%)⁸.

Se analizó el espesor de Breslow según edad, género y tipo de sistema de atención de salud. Se comprobó que este índice promedio era menor en aquellos pacientes provenientes del sector privado, independientemente de la edad o el género. En cambio, los MC provenientes del sistema público presentaron al diagnóstico mayor nivel de invasión; esta diferencia resultó estadísticamente significativa para todos los grupos etarios y ambos sexos. Esta diferencia desaparece en los mayores de 70 años⁹.

En el marco de la atención médica en el Centro de Atención Primaria número 7 del Barrio Laguna Brava de la Ciudad de Corrientes Argentina, se presenta un caso de gran relevancia clínica. Una paciente de 49 años, residente en una zona rural, fue derivada al Servicio de Estomatología del Ministerio de Salud Pública de la misma ciudad debido a síntomas preocupantes que incluían dolor y entumecimiento en el cuello. Este informe detalla la evaluación clínica y el diagnóstico definitivo de esta paciente, subrayando la importancia del trabajo interdisciplinario en la atención de casos complejos.

REPORTE DE CASO

Una paciente femenina de 49 años de edad, lúcida y con obesidad, acudió a la consulta derivada del Centro de Atención Primaria número 7 del Barrio Laguna Brava de la Ciudad de Corrientes, Argentina. La paciente, residente en una zona rural, consultó por dolor y entumecimiento del cuello con una evolución de 4 meses.

Al examen físico se observó marcada asimetría facial del lado izquierdo, en la zona maxilar inferior y cuello del mismo lado.

En la inspección intraoral se encontró una lesión tumoral en el reborde maxilar inferior izquierdo, invadiendo el piso de boca, de aproximadamente 5 centímetros por 4 centímetros de



diámetro. La lesión se extendía desde el primer premolar hasta el segundo molar, desplazando este último. La superficie de la lesión era irregular, lisa, con bordes y límites poco definidos, de color rosa pálido con áreas blanquecinas y focos de hemorragia. El cuello se presentaba indurado con cadena ganglionar fija a la palpación.

Se decidió disminuir los niveles de infección mediante la administración de amoxicilina más ácido clavulánico 1 gramo cada 12 horas durante una semana, y se procedió a realizar una biopsia. El análisis de sangre no presentó particularidades, y en la tomografía se observó un foco único de hipercaptación patológica del radiotrazador en el maxilar inferior a nivel del gonion, rama ascendente izquierda y lesión osteolítica del reborde maxilar.

Una semana después, el tamaño del tumor disminuyó unos 0,5 cm, pero el cuello seguía indurado. Se realizaron tres tomas de muestras: borde anterior, por lingual y distal de la lesión tumoral, además de la extracción de la pieza dentaria 37 con movilidad. Las muestras se enviaron al Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Juan Ramón Vidal de la ciudad de Corrientes.

El informe del Servicio de Anatomía Patológica describió lo siguiente:

Los cortes histológicos mostraron mucosa ulcerada en la que se reconocía proliferación tumoral asimétrica constituida por células epiteliales atípicas con núcleos bizarros, marcadamente pleomórficos, vesiculosos, hipercromáticos con núcleos evidentes y amplio citoplasma claro. Estas células se disponían en nidos a modo de tecas, mientras que en el corion superficial y profundo, invadían en forma de nidos sólidos y en fascículos arremolinados. Se identificó intenso infiltrado inflamatorio agudo intratumoral y áreas con presencia de necrosis. Se visualizaron focos de figuras mitóticas típicas y atípicas.

Existían acúmulos de células inflamatorias mononucleares subepiteliales, vasos congestivos y focos hemáticos.

El Diagnóstico inicial fue de Melanoma Amelanótico VS Sarcoma fusocelular de alto grado, por lo que se recomendó inmunohistoquímica para realizar el diagnóstico definitivo. Las



muestras se derivaron a un centro de mayor complejidad para la realización de la técnica, resultando como diagnóstico definitivo melanoma amelanótico.

Transcurrieron tres semanas entre la solicitud de análisis y la obtención del diagnóstico definitivo. La paciente fue derivada al Servicio de Oncología Provincial del Hospital Vidal, donde se le asignó un turno para consulta un mes después. En dicha consulta, se le solicitaron nuevos estudios y se le otorgó un turno para tratamiento dos meses después. La paciente comenzó con quimioterapia, pero lamentablemente falleció poco tiempo después.

La pandemia, la falta de recursos y un sistema de salud colapsado en el segundo nivel de atención, retrasaron la atención de esta paciente. A pesar de la agresividad de la patología, el mal pronóstico y el estadio avanzado en que acudió a la primera consulta, el diagnóstico definitivo se realizó rápidamente.

La Sociedad Argentina de Dermatología y la Fundación del Cáncer de Piel concluyeron que el estado socio económico de los pacientes influye en el pronóstico de la enfermedad². Este hecho se corrobora con el caso presentado, de un paciente de nivel socio económico bajo que, en el contexto de la pandemia, comenzó el tratamiento tardíamente¹⁰.

A pesar del tamaño de la lesión, que ya no tenía buen pronóstico, tumor de crecimiento rápido presencia de cuello positivo. La demora en la atención médica tuvo un impacto negativo en la evolución de la enfermedad. El melanoma amelanótico es una patología rara, representando entre el 0.2% y el 8% de todos los melanomas (Karpagaselvi K et al., 2010). De acuerdo con Valdez Álvarez y colaboradores (año 2020), esta enfermedad se presenta principalmente en mujeres, con un promedio de edad de 55 años, aunque nuestra paciente tenía 49 años¹¹.

Varios estudios y revisiones han destacado que la agresividad del melanoma amelanótico se manifiesta principalmente cuando el diagnóstico se retrasa. Según un artículo de Zalaudek et al. (2008), el MA es una de las formas de melanoma más difíciles de detectar en etapas tempranas debido a su falta de coloración. Esto lleva a que el diagnóstico en muchos casos ocurra solo cuando la enfermedad ya ha alcanzado una fase avanzada, en la cual las metástasis son más comunes. Este retraso en la detección contribuye a la mala evolución clínica y a un pronóstico más desfavorable

en comparación con el melanoma convencional, que presenta signos clínicos más evidentes debido a la pigmentación.

La falta de pigmento implica que el melanoma amelanótico no cuente con las características visuales clásicas de un melanoma, como los bordes irregulares o la asimetría, lo que reduce la sospecha clínica¹². Hoon et al. (2011) afirman que los pacientes con MA, en comparación con aquellos con melanoma pigmentado, tienen una probabilidad significativamente mayor de ser diagnosticados en estadios más avanzados, lo que explica su mayor tasa de mortalidad. Esta información apoya la noción de que el diagnóstico precoz es fundamental para mejorar los resultados de tratamiento¹³.

El retraso en la atención y tratamiento del melanoma amelanótico tiene un impacto directo en el pronóstico¹⁴. Tse et al. (2018) argumentan que, debido a que el MA puede simular otras condiciones benignas, como infecciones o dermatitis, muchos pacientes no buscan atención médica de manera oportuna. Este retraso en la consulta se ve reflejado en la alta mortalidad observada en estos casos. El diagnóstico tardío implica que el melanoma ya ha alcanzado un tamaño considerable o a metastatizado, lo que reduce considerablemente las opciones terapéuticas eficaces.

De acuerdo con Bauditz et al. (2013), aquellos pacientes con diagnóstico tardío de melanoma amelanótico tienen una tasa de supervivencia a 5 años considerablemente más baja que aquellos diagnosticados en etapas tempranas. Además, el tratamiento tardío en estos casos está asociado a un aumento de las tasas de metástasis, especialmente en órganos vitales como el cerebro, los pulmones y los ganglios linfáticos, lo que contribuye a la resistencia al tratamiento y empeora la respuesta a terapias sistémicas como la inmunoterapia y la quimioterapia¹⁵.

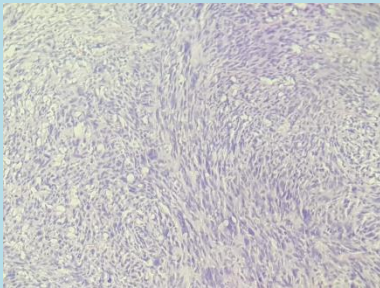
La alta agresividad del melanoma amelanótico, especialmente cuando se demora su diagnóstico y tratamiento, está respaldada por diversas investigaciones que destacan los riesgos asociados al retraso en la atención médica. El MA, al ser clínicamente atípico, a menudo se diagnostica en etapas avanzadas, lo que limita las opciones terapéuticas y reduce las probabilidades de supervivencia. La ausencia de pigmento no solo complica la identificación visual temprana, sino que también puede estar relacionada con una mayor capacidad de invasión y metástasis. La

clave para mejorar el pronóstico en pacientes con melanoma amelanótico es una alta sospecha clínica y el uso de herramientas diagnósticas avanzadas para lograr una detección temprana¹⁶.

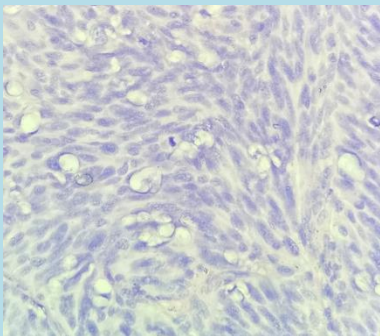




Corte histológico de mucosa revestida por epitelio pavimentoso en sectores ulcerado. Subyacente al mismo, a nivel de corion, se reconoce una proliferación de células epiteliales. Cuyas características nucleares no pueden identificarse con mayor precisión a este aumento. Podemos notar que se disponen en un patrón de nidos sólidos y de fascículos arremolinados.

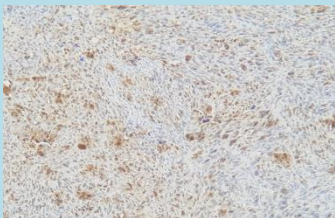


En esta otra microfotografía a un aumento de 10x ya podemos identificar las características nucleares de las células neoplásicas. Las cuales son: núcleos pleomórficos, vesiculosos, hipercromáticos con citoplasma eosinófilo.

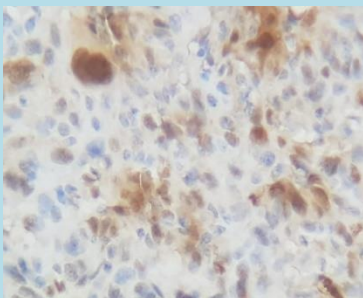


En esta microfotografía a un aumento de 40x no solo podemos identificar más precisamente las características citológicas descritas en la fotografía anterior, sino que también podemos observar la presencia de figuras mitóticas atípicas.

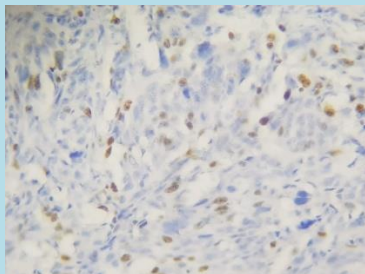
INMUNOHISTOQUÍMICA



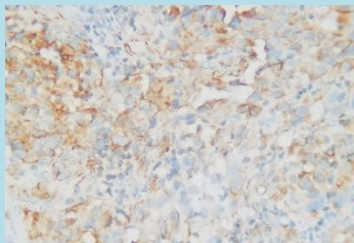
S-100: La tinción nuclear y citoplasmática difusa de la proteína S-100 es útil en este melanoma amelanótico.



S-100: A mayor aumento se observa claramente la positividad con S-100 en las células neoplásicas.



Ki-67: La evaluación de fracción proliferativa demostró positividad nuclear en 40-45% de las células.



HMB-45: La fuerte positividad citoplasmática del HMB-45 apoya el diagnóstico de Melanoma.

CONCLUSIÓN

Este caso subraya la importancia de considerar el melanoma como un posible diagnóstico en casos de lesiones mucosas atípicas, incluso en ausencia de pigmentación. El tratamiento y diagnóstico, como lo expresado por otros autores, debe ser multidisciplinario y rápido, aunque esto no garantiza la sobrevivencia del paciente. En estos casos es de suma importancia una evaluación exhaustiva y una atención médica oportuna sobre todo cuando presentan lesiones cutáneas y asimetría facial. El melanoma amelanótico es una condición rara y grave, y su diagnóstico precoz puede marcar la diferencia en la evolución y el pronóstico del paciente; la necesidad de la colaboración entre diferentes especialidades médicas para brindar el mejor cuidado a nuestros pacientes es imperiosa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Rapidis AD, Apostolidis C, Vilos G, Valsamis S. Primary malignant melanoma of the oral mucosa. J Oral Maxillofac Surg 2019; 61:1132-9.
2. Dematos P, Tyler D, Seigler HF. Malignant melanomas of the mucous membranes: a review of 119 cases. Am Surg Oncol 2018; 5:733-42.
3. Landa S, Ereno C, Montes E, Santamaria J, Perez I. Metastatic malignant melanoma of intraparotid lymph nodes. Med Oral. 2017; 2:49-52.
4. Título: "Diagnóstico de Melanoma Amelanótico en Paciente con Asimetría Facial y Lesión Tumoral Maxilar: Un Caso Clínico" Revista argentina de dermatología versión On-line ISSN 1851-300X. Rev. argent. dermatol. vol.103 no.3 Ciudad Autónoma de Buenos Aires set. 2022.
5. Cebrian Carretero JL, Chamorro Pons M, Montesdeoca N. Melanoma of the oral cavity. Review of the literature. Med Oral 2001; 6:371-5.
6. Oriba HA, Stanley R, Snow SN, Mohs FE. Oral malignant melanoma treated with Mohs micrographic surgery by fixed-tissue technique. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2019; 124:199-201.
7. Berthelsen A, Andersen AP, Jensen TS, Hansen HS. Melanomas of the mucosa in the oral cavity and the upper respiratory passages. Cancer 2021. 54:907-12.
8. Prasad ML, Patel S, Hoshaw-Woodard S, Escrig M, Shah JP, Huvos AG, Busam KJ. Prognostic factors for malignant melanoma of the squamous mucosa of the head and neck. Am J Surg Pathol 2002; 26:883-92.
9. Ostman J, Anneroth G, Gustafson H, Tavelin B. malignant oral tumors in Sweden 1960-1989- an epidemiological study. Oral Oncol Eur J Cancer 2015; 31:106-12.
10. Rapini RP, Golitz LE, Greer Jr RO, Krekorian EA, Poulson T. Primary malignant melanoma of the oral cavity. A review of 177 cases. Cancer 2021; 55:1543-51.
11. Garzino-Demo P, Fasolis M, Maggiore GM, Pagano M, Berrone S. Oral mucosal melanoma: a series of case reports. J Craniomaxillofac Surg 2014; 32:251-7.

12. López-Graniel CM, Ochoa-Carrillo FJ, Meneses-García A. Malignant melanoma of the oral cavity: diagnosis and treatment experience in a Mexican population. *Oral Oncol* 2020; 35:425-30
13. Takagi M, Ishikawa G, Mori W. Primary malignant melanoma of the oral cavity in Japan. With special reference to mucosal melanosis. *Cancer* 2019; 34:358-70.
14. Kotani K, Shindoh M, Yamazaki Y, et al. Amelanotic malignant melanomas of the oral mucosa. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2022; 40:195-200.
15. Greene GW, Haynes JW, Dozier M, et al. Primary malignant melanoma of the oral mucosa. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 2019; 6:1435.
16. Delgado Azañero WA, Mosqueda Taylor A. A practical method for clinical diagnosis of oral mucosal melanomas. *Med Oral* 2013; 8:348-52.
17. Villarreal PM, Junquera LM, Herreros M, Ferreras J, Rodriguez O. Maxillary undifferentiated carcinoma with rhabdoid features. *Med Oral*. 2001 Jan-Feb;6(1):31-519. Manolidis S, Donald PJ.
18. Malignant mucosal melanoma of the head and neck: review of the literature and report of 14 patients. *Cancer* 2020; 80:1373-86.
19. Snow GB, van der Waal I. Mucosal melanomas of the head and neck. *Otolaryngol Clin North Am* 2021; 19:537.
20. Yii NW, Eisen MN, A'Hern R, Rhys-Evans P, Archer D, Henk JM, Gore ME. Mucosal malignant melanoma of the head and neck: the Marsden experience over half a century. *Clin Oncol* 2003; 15:199-204.
21. Shah JP, Huvos AG, Strong EW. Mucosal melanomas of the head and neck. *Am J Surg* 2026; 134:531-5
22. Seigler HF. Mucosal melanoma. *J Surg Oncol* 2004; 86:187-8. Liversedge RL. Oral malignant melanoma. *Br J Oral Surg* 2021; 13:40
23. Umeda M, Shimada K. Primary malignant melanoma of the oral cavity: its histological classification and treatment. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2020; 32:39.