



Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org.co



Artículos de revisión

Lesiones bucales potencialmente malignas Potentially malignant oral lesions

Efraín Álvarez Martínez*, Carlos Simón Duque F.**

* *Odontólogo Universidad de Cartagena. Cirujano Maxilo Facial, Facultad de Odontología Universidad de Antioquia.
Cargo actual: Profesor Titular, Facultad de Odontología Universidad de Antioquia.*

** *Médico Cirujano Universidad Pontificia Bolivariana. Otorrinolaringólogo Universidad de Antioquia.
Fellow Cirugía de Cabeza y Cuello Univ. Of Miami Dept. of Otolaryngology.
Fellow Rinología y Cirugía de Senos Paranasales, Univ. Of Miami Dept. of Otolaryngology.
Cargo actual: Cirujano de Cabeza y Cuello Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín.*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: Octubre 5 de 2012

Revisado: Noviembre 3 de 2012

Aceptado: Diciembre 15 de 2012

Palabras clave:

leucoplasia, eritroplasia, queratosis actínica, cáncer.

Key words:

Leucoplakia, erythroplakia, cheilitis actinica, cancer.

RESUMEN

Existen muchas lesiones que pueden afectar no solo la lengua sino también el resto de la mucosa de la cavidad oral. Además de la descripción de las entidades más comunes, se presentan fotos ilustrativas. Pretendemos mostrar varias lesiones, que eventualmente pueden tornarse en una verdadera enfermedad maligna; de igual modo, se describen signos de alerta para sospechar cuándo una lesión de la cavidad oral se ha transformado en carcinoma.

ABSTRACT

There are many lesions that can affect not only the tongue but also the entire oral cavity mucosa. Along with a description of the most common entities, an illustrative picture is shown. We intend to show a wide number of lesions that eventually might become a true malignant disease; giving at the same time, hints as to when to suspect that one of these oral cavity lesions has turned into a carcinoma.

Correspondencia:
efralmar@yahoo.com
casidueque@hotmail.com

Introducción

Para los clínicos es de gran importancia conocer algunas de las principales lesiones de la mucosa oral, que eventualmente, en caso de no ser tratadas en forma adecuada, pueden llevar al desarrollo de carcinoma escamocelular en las diferentes áreas y estructuras anatómicas de la boca. Se debe prestar especial atención a aquellos pacientes con lesiones sospechosas, que tengan un antecedente claro de tabaquismo y alcoholismo, ya que estos son, sin lugar a dudas, los dos factores etiológicos que referencian este tipo de lesiones premalignas. En consecuencia, el diagnóstico debe hacerse con base en los estudios clínicos e histopatológicos para detectar la presencia de displasia epitelial, con el fin de realizar un tratamiento temprano. Esas son las claves para el adecuado control de este tipo de enfermedades, sin olvidar, por supuesto, recomendar al paciente afectado que evite el factor predisponente o causal de su patología (1, 2, 3, 4).

Lesiones y condiciones bucales potencialmente malignas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el Workshop de 2005, donde presentó la discusión, clasificación y terminología que ha realizado sobre las lesiones de la mucosa bucal potencialmente malignas, y de nuevo ratifica a las lesiones precancerosas, como la leucoplasia y la eritroplasia; además, indicó que deben llamarse lesiones potencialmente malignas, e incluye a otras entidades, como el liquen plano y la fibrosis submucosa bucal, en el grupo de misceláneas, como unos desórdenes potencialmente malignos (4, 5).

El criterio clínico para leucoplasia es: “Zona o parche (*patch or plaque*) blanca, de cuestionable riesgo, y donde se excluyen otras patologías conocidas, como candidiasis, lupus, leucoedema, línea alba oclusal, lesiones inducidas por tabaco, quemaduras por químicos, leucoplasia velluda, parche secundario del sifilítico, papilomas, hábito de mordisqueo, entre otros” (4, 5).

Por su parte, la eritroplasia se considera como una lesión roja, rara, de la mucosa bucal, con un alto riesgo de potencial maligno, que no puede caracterizarse clínica o histológicamente como otra enfermedad (4, 5, 6, 7).

Las patologías que la OMS define como lesiones con potencial maligno para la mucosa bucal son: la leucoplasia, la eritroplasia, los cambios palatinos de los fumadores invertidos y la queratosis solar de mucosa labial.

Leucoplasia: la OMS la define como una placa predominantemente blanca de la mucosa bucal, que no puede caracterizarse como otra lesión, consideración que se basa en la observación clínica.

En el 2009 se reportó que los factores de riesgo con significancia estadística para la transformación maligna de una leucoplasia son: género femenino, larga evolución de la lesión, en no fumadores, localización en la lengua o el piso de la boca, tamaño mayor de 2 x 1 cm, la variedad no homogénea, presencia de *Candida albicans* y de displasia epitelial (3, 4).

La presencia de displasia epitelial, más que el aspecto clínico, es la principal manifestación para predecir la transformación maligna. Sin embargo, aún hay problemas para reconocer este pronóstico, como: el diagnóstico es esencialmente subjetivo; no todas las lesiones que presenten displasia evolucionarán a carcinoma, incluso algunas ceden cuando se suspende el hábito de fumar y relacionados. Se puede desarrollar un carcinoma a partir de lesiones que no mostraron displasia epitelial antes, o aparecer en mucosa previamente sana. En algunas oportunidades la eritroleucoplasia y la leucoplasia nodular estaban asociadas a infección por *Candida* (4, 6, 7).

Los sitios donde la leucoplasia experimenta con mayor frecuencia la transformación maligna son: la lengua, el borde bermellón y suelo de la boca; las gingivales rara vez se convierten en cáncer (7, 8, 9, 10, 11, 12).

En la actualidad se describen tres tipos de leucoplasia, a saber:

- Las lesiones de etiología desconocida deberían nombrarse como idiopáticas o iatrogénicas.
- Los parches o placas blancas asociadas, o que se piensa son producidas como resultado del uso del tabaco, deberían nombrarse como leucoplasias asociadas al tabaco.
- Los parches o placas blancas cuya etiología se considera diferente al tabaco, deberían nombrarse de acuerdo con la causa y no como leucoplasia.

Por lo general la leucoplasia homogénea tiene un menor riesgo de transformación maligna, mientras que las formas no homogéneas, mezcla de lesiones blancas y rojas, y la eritroplasia, tienen un mayor riesgo.

Diferentes estudios realizados en la India reportan una tasa de transformación de leucoplasia del 0,3%, en la cual la presencia de displasia es el indicador más importante hacia la transformación maligna, y diferentes investigaciones han encontrado que el sitio más frecuente para dicha transformación es la lengua (8).

La presencia de displasia epitelial, más que el aspecto clínico, parece todavía lo más importante para predecir la transformación maligna. Estas tasas, en presencia de lesiones displásicas en relación con no displásicas, varían del 3,9 hasta el 17%, y en Estados Unidos, según Silverman, se ha detectado progresión de leucoplasia a cáncer con displasia del 17 al 33% (4, 9, 10).

Se sugirió considerar las siguientes variedades de leucoplasia:

- Homogénea o simple:** lesión blanquecina uniforme con superficie suave o irregular.



Figura 1. Leucoplasia homogénea del dorso lingual en persona fumadora.

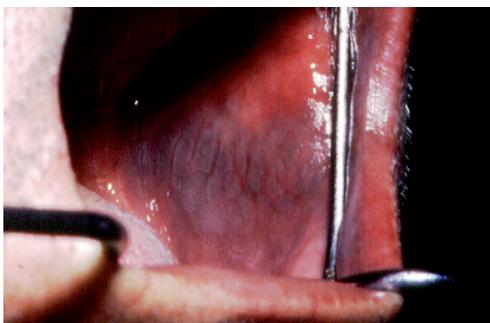


Figura 2. Leucoplasia homogénea en carrillo en persona fumadora.

b. **No homogénea.**

Eritroleucoplasia (leucoplasia erosiva): lesión blanquecina que incluye áreas rojas.



Figura 3. Leucoeritropiasia de dorso lingual (carcinoma in situ).

Leucoplasia nodular: lesión con excrecencias ligeramente levantadas, redondeadas, rojas o blanquecinas, que pueden describirse como gránulos o nódulos, sobre un fondo eritematoso.

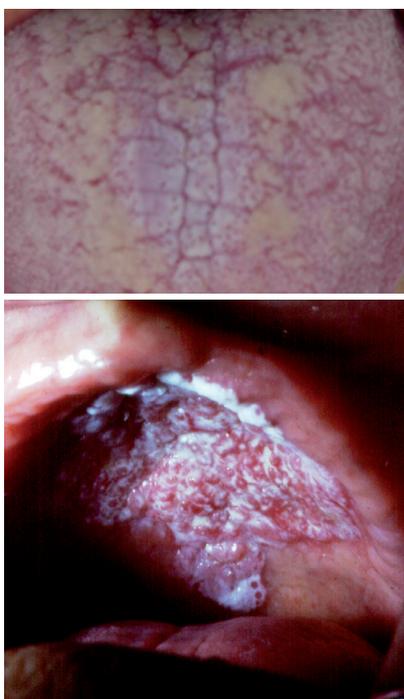


Figura 4. Leucoplasia no homogénea en dorso lingual y paladar de persona fumadora.

Leucoplasia verrugosa: lesión exótica con proyecciones irregulares romas o puntiagudas en una persona fumadora. Se debe realizar diagnóstico diferencial, por semejar un aspecto de carcinoma verrucoso (5, 6).



Figura 5. Leucoplasia verrucosa de paladar duro.

Eritroplasia: lesión predominantemente roja de la mucosa bucal, que no puede ser caracterizada como otra entidad. Está asociada a displasia severa, carcinoma in situ (CIS) o CEB invasores, por lo cual se debe hacer primero una biopsia, y luego, dependiendo del resultado, se hará la remoción completa de la lesión y el seguimiento subsiguiente.

Las investigaciones sobre personas tratadas con displasia severa y CIS han demostrado una transformación maligna del 14 al 75%. Sin embargo, se comenta que cuando se descubre la eritroplasia, ya existe un carcinoma in situ (8, 14, 15).

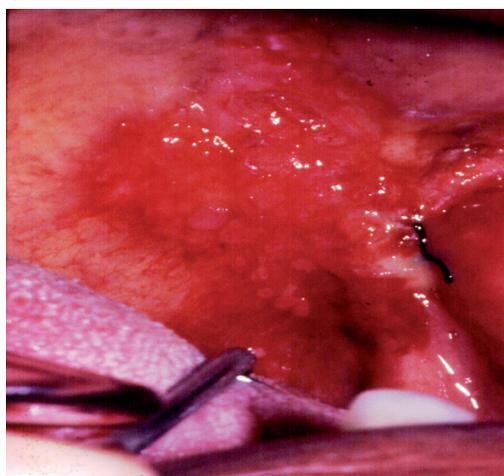


Figura 6. Eritroplasia de paladar duro y blando (carcinoma in situ).

Cambios palatinos de los fumadores invertidos. Son lesiones típicas de este hábito en la mucosa palatina y que consisten en excrecencias o pápulas, placas blancas, zonas pigmentadas, rojas, ulceradas, fisuras, puntos rojos y otras. Esta entidad es considerada de alto riesgo de malignización, debido a la presencia de displasia (4, 8, 14, 15).



Figura 7. Cambios palatinos del fumador invertido.

Queratosis actínica o solar en mucosa seca labial. Se asocia a la exposición crónica a la radiación ultravioleta del sol, que afecta en mayor proporción la mucosa labial inferior. Entre los signos característicos figuran: se pierde la definición del límite mucocutáneo, se presentan descamaciones, lesiones blancas y a veces ulceradas. Su potencial maligno depende de la displasia epitelial que se evidencie. Se han observado lesiones carcinomatosas sobre lesiones previas actínicas en el labio inferior (4, 7, 10).

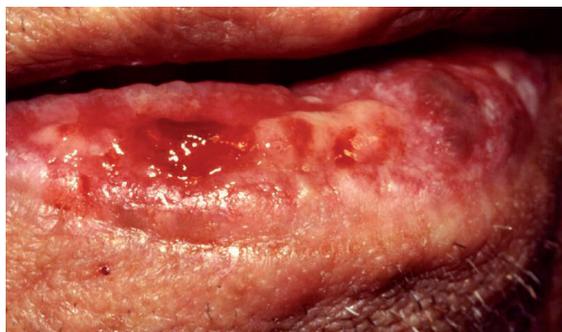


Figura 8. Queratosis actínica de labio inferior.

Condiciones bucales potencialmente malignas

La OMS define como condiciones bucales potencialmente malignas las siguientes: el liquen plano, la disfagia sideropénica, la sífilis, la fibrosis oral submucosa, el lupus eritematoso discoide, el xeroderma pigmentosum y la epidermolísis bullosa.

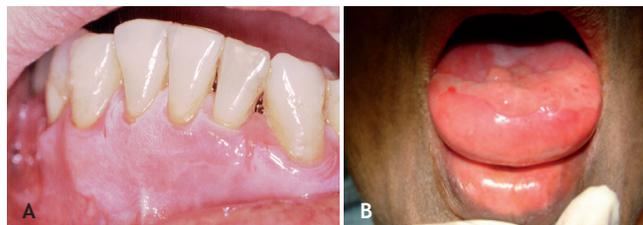


Figura 9. A. Liquen plano en placa. B. Liquen plano oral erosivo.

Liquen plano: es una entidad que se considera potencialmente maligna en presencia de displasia epitelial.

Sífilis: se considera que la sífilis en los estadios avanzados (como la segunda y tercera etapas) y cuando hay manifestaciones orales, como los parches blancos en mucosa oral o en lengua, y la glositis intersticial, como estadios precancerosos, y si en los estudios se detectan cambios histológicos con displasia, alcanza el grado de lesión potencialmente maligna (4, 7, 8).



Figura 10. Parche blanco de sífilis secundaria en lengua. Aspecto clínico que la identifica como lesión leucoplásica.

Granuloma piógeno: aunque no es, *per se*, una enfermedad o lesión premaligna de la boca, el clínico sí debe aprender a reconocer esta lesión, que se origina luego de trauma, mordida o cirugía para reseca una lesión en la cavidad oral. Se presenta como una lesión botonoide, friable, fácilmente sangrante en el centro de la cicatriz.



Figura 11. Granuloma piógeno de tres semanas de desarrollo, luego de hemiglosectomía por extensa leucoplasia.

Papiloma virus: Recientemente se estableció una clara relación entre algunas formas de cáncer escamocelular de boca y orofaringe superior, con una muy estrecha asociación con papiloma virus humano (PVH), en particular los tipos 16 y 18. En muchas ocasiones puede detectarse mediante estudios especializados de DNA del PVH en la biopsia o en el espécimen. Además, se está trabajando en el desarrollo de técnicas de laboratorio que permitan hacer seguimiento de los anticuerpos contra el papiloma virus, a fin de poder diagnosticar de manera temprana una recidiva o simplemente para tener otra clase de seguimiento. De igual forma, ante la efectividad de la

vacuna contra PVH en mujeres menores, con el fin de prevenir el cáncer de cérvix uterino, se está estudiando la probabilidad de aplicar la vacuna a los hombres para prevenir el desarrollo de carcinoma escamocelular de orofaringe (16, 17).

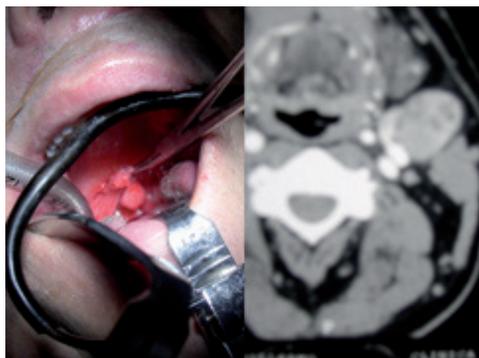


Figura 12. Paciente con carcinoma escamocelular de amígdala izquierda T1N1Mo, estadio III, con papiloma oral de paladar blando. La tomografía contrastada demuestra adenopatía de 3 cm.



Figura 13. Carcinoma de lengua T1NoMO estadio I.

Recomendaciones

La mejor forma para detener la aparición de lesiones premalignas y malignas de la mucosa bucal es la prevención. Esto consiste en que los clínicos deben tener una claridad en la detección temprana de estas lesiones, principalmente en las personas con factores de riesgo, ya sea por hábitos o por factores sistémicos condicionantes a la presencia de este tipo de alteraciones en la mucosa bucal. Además, cuando se sospeche de una lesión que pueda transformarse en cáncer, es bien importante realizar la toma de una biopsia para su análisis histopatológico, a fin de tener un diagnóstico, detectar la presencia de displasia epitelial y ejercer un adecuado manejo, que incluye la remoción quirúrgica de la lesión inicial, el cese de estímulos o factores condicionantes y un seguimiento para evitar la aparición de nuevas lesiones (1, 7, 11, 14).

Conflicto de intereses

Ninguno declarado.

REFERENCIAS

1. Mia Hashibe, Paul Brennan, Simone Benhamou, Xavier Stellsague, Chu Chen, Maria Paula Curado, et al. Alcohol drinking in never users of tobacco, cigarette smoking in never drinkers, and the risk of head and neck cancer: Pooled analysis in the international head and neck cancer epidemiology consortium. *J Natl Cancer Inst*, 2007; 99: 777-89.
2. Lubin JH, Gaudet MM, Olshan AF, Kelsey K, Boffetta P, Brennan P, et al. Body mass index, cigarette smoking, and alcohol consumption and cancers of the oral cavity, pharynx, and larynx: modeling odds ratios in pooled case-control data. *Am J Epidemiol*, 2010 Jun 15; 171 (12): 1250-61.
3. Amarasinghe HK, Johnson NW, Laloo R, Kumaraarachchi M, Warnakulasuriya S. Derivation and validation of a risk-factor model for detection of oral potentially malignant disorders in populations with high prevalence. *Br J Cancer*, 2010 Jul 27; 103 (3): 303-9.
4. Van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. *Oral Oncology*, 2009, Issue 4: p317-323.
5. Warnakulasuriya S, Johnson NW, Van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med*, 2007; 36: 575-80.
6. Reichart P, Philipsen H. Oral erythroplakia a review. *Oral Oncology*, 2005; 41: 551-561.
7. Scully C, Bagan JV. Recent advances in oral oncology. *Oral Oncol*, 2007; 43: 107-115.
8. Ho P, Chen P, Warnakulasuriya S, Shieh T, Chen Y, et al. Malignant transformation of oral potentially malignant disorders in males: retrospective cohort study. *British BMC Cancer*, 2009; 9: 260-267.
9. Eversole L. Dysplasia of the upper aerodigestive tract squamous epithelium. *Head and Neck Pathol*. 2009; 3: 63-68.
10. Hsue SS, Wang WC, Chen CH, Lin CC, Che YK, Lin LM. Malignant transformation in 1458 patients with potentially malignant oral mucosal disorders: a follow-up study based in a Taiwanese hospital. *Journal Oral Pathology Med*, 2007 Jan, 36 (1): 25-9.
11. Weijers M, Hove Ovo Ten, Allard Remy, Bezemer Dick, Van der Waal I. Patients with oral cancer developing from pre-existing oral leukoplakia: do they do better than those with de novo oral cancer? *Journal Oral Pathology and Medicine*, 2008; 37: 134-136.
12. Axell T, Pindborg JJ, Smith CJ, Van der Waal I. An international collaborative group on oral white lesions: Oral white lesions with special reference to precancerous and tobacco-related lesions: conclusions of an international symposium held in Uppsala. Sweden. May 18-21 1994. *J Oral Pathol Med*, 1996; 25: 49-54.
13. Hosni E, Goncalves F, Cherubini K, Yourgel L, Zancanaro M. Oral erythroplakia and speckled leukoplakia: retrospective analysis of 13 cases. *Braz J Otorhinolaryngol*, 2009; 75 (2): 295-299.
14. Álvarez M Efraín, Preciado A, Montoya S, Jiménez R, Posada A. Características clínico-histopatológicas del carcinoma escamocelular bucal. Colombia. Disponible en: <http://www.sld.cu>. *Revista Cubana de Estomatología*, ene.-mar. 2010; Vol. 47, Nº 1. Ciudad de La Habana.

15. Álvarez Gómez GJ, Álvarez Martínez E, Jiménez Gómez R, Mosquera Silva Y, Gaviria Núñez AM, Garcés Agudelo A, Alonso Duque A, Zabala Castaño A, Echeverri González E, Isaac Millán M, Ramírez Ossa D. Reverse smokers' and changes in oral mucosa. Department of Sucre, Colombia. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2008 Jan 1; 13 (1): E1-8.
16. Barward A, Sood S, Gupta N, et al. Human papilloma virus associated head and neck cancer: A PCR based study. *Diagn Cytopathol*, 2011; 6.
17. Mineta H, Ogino T, Amano HM, et al. Human papilloma virus (HPV) type 16 and 18 detected in head and neck squamous cell carcinoma. *Anticancer Res*, 1998; 18 (68): 4765-8.