

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE COAHUILA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

M.C.O. CON ACENTUACION EN PERIODONCIA

**ALTERACIÓN DE LA MUCOSA BUCAL POTENCIALMENTE MALIGNA:
LEUCOPLASIA ORAL**

Alumno: Valeria A. Trimmer Duarte. Docentes: Elsa Patricia Furrer Franco, Martha Margarita Aguado Arzola, Dora Maria Lopez Trujillo .

RESUMEN

Introducción: La leucoplasia oral se define como una placa predominante blanca que no puede caracterizarse clínica o patológicamente como ningún otro desorden; la leucoplasia oral tiene un riesgo elevado de desarrollar cáncer”. En el presente reporte se presenta el caso clínico de una paciente que presenta la alteración de la mucosa bucal antes mencionada, se describirá brevemente como se llegó a obtener el diagnóstico y el plan de tratamiento a realizar. **Objetivo:** Informar a la población, y al personal de salud de la importancia de identificar este tipo de lesiones de riesgo en la cavidad oral. **Conclusión:** La leucoplasia oral es considerada por la OMS como una lesión preneoplásica. Es de gran importancia conocer este tipo de lesiones y darles un diagnóstico precoz para evitar que desarrollen cáncer.

INTRODUCCIÓN

La leucoplasia oral es una lesión que ha sido ampliamente estudiada. El término fue acuñado al unir dos palabras griegas *leuco*: blanco y *plakos*: placa.¹

Se describió inicialmente en 1851 por Frances Paget, y a lo largo del tiempo su definición ha ido cambiando. El término fue acuñado por el dermatólogo Ernst Schwimmer en 1877 al unir dos palabras griegas *leuco*: blanco y *plakos*: placa. En 1994 en el Simposio Internacional sobre lesiones blancas orales se definió como: “una mancha predominante blanca que no se puede caracterizar como otra lesión bien definida.” En el 2015 Van Der Waal propone una nueva definición: “una placa predominante blanca que no puede caracterizarse clínica o patológicamente como ningún otro desorden; la leucoplasia oral tiene un riesgo elevado de desarrollar cáncer tanto en una zona cercana a la leucoplasia como en cualquier parte de la cavidad oral o de la región de la cabeza y el cuello”.²

Existen dos tipos de leucoplasia, las idiopáticas que son lesiones que no tienen asociación evidente con factores etiológicos y que, por tanto, no pueden ser

atribuidas a ninguna causa y las leucoplasias asociadas al tabaco. El uso del tabaco es el principal factor etiológico en el desarrollo de estas lesiones.³

Las leucoplasias se clasifican, según su aspecto, en homogéneas y no homogéneas. Las primeras, son las más frecuentes, uniformes, blancas, de poco espesor, con surcos poco profundos ocasionalmente y poco sintomáticas (sensación de rugosidad, a lo sumo). Las segundas, son predominantemente blancas, aunque no uniformes, con sintomatología asociada en caso de erosión (dolor, ardor, escozor) y se subdividen en verrugosas, nodulares, eritroleucoplásicas y verrugosas exofíticas proliferativas.^{3,4}

El diagnóstico diferencial debe realizarse con otras lesiones con aspecto de mancha blanca: candidiasis, lupus, liquen plano, lesiones traumáticas, lesiones blancas hereditarias, leucoplasia vellosa, lengua geográfica, quemaduras químicas y verrugas.²

Las edades con mayor afección son las comprendidas entre los 50 y 60 años en el caso de los hombres⁵ y de 60 a 70 años en las mujeres.⁶

La sintomatología en las formas homogéneas es anodina y en muchas ocasiones el diagnóstico se realiza en inspecciones rutinarias de la cavidad bucal. Las formas no homogéneas pueden cursar con sensación de rugosidad y leves molestias, y las formas erosivas, con dolor.⁷

OBJETIVO:

El objetivo de este cartel es informar a la población, y al personal de salud de la importancia de identificar este tipo de lesiones de riesgo en la cavidad oral para evitar posibles transformaciones malignas.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenino de 73 años acude a la Maestría de Periodoncia de la UADEC, para tratamiento de prótesis total. Dentro de sus antecedentes patológicos padece HTA controlada con Losartán, 50 mg cada 12 horas, Amlodipino 5mg y Rosuvastatina 10 mg cada 24 horas. A la exploración intraoral se detecta lesión blanca localizada en el área dorsal de la lengua de lado izquierdo de aproximadamente 2cm x 6 mm. La lesión no desaparece al raspado. Se decide realizar una biopsia incisional para confirmar diagnóstico presuntivo.



Ilustración 1. Lesión blanca localizada en área dorsal de la lengua.



Ilustración 2. Incisión realizada en la biopsia.

Al momento de realizar la biopsia incisional, se confirmó que la paciente estuviera dentro de los valores de presión arterial adecuados, se infiltró anestésico sin vasoconstrictor en cuatro puntos locales rodeando el área. Se realizó incisión en forma de huso rodeando área sana y el área de la lesión blanca. El tejido extirpado se colocó en un recipiente con formol y se llevó a realizar el análisis histopatológico.

RESULTADOS: Dentro de los resultados histopatológicos de la muestra obtenida en la biopsia, el patólogo da el diagnóstico definitivo de leucoplasia con displasia leve e hiperqueratosis.

En el examen histológico se observa una delgada capa de paraqueratina. La estructura, maduración y diferenciación de las células epiteliales no está muy afectada. Sin embargo, existe una irregularidad en las células basales con variación en su tamaño e hiper cromatismo.

La presencia de displasia es el dato histológico más importante relacionado con el riesgo más elevado de transformación maligna de las leucoplasias. El riesgo de malignización de una leucoplasia con displasia es alrededor de cinco veces mayor que cuando la displasia no está presente. Algunos de los porcentajes registrados en la literatura sobre las leucoplasias con displasia que han malignizado son 9%, 20% y 36%. Las displasias con carácter leve malignizan del 4% al 11%, y con displasia graves, entre el 20% y el 35%.⁸

El primer paso a considerar en el tratamiento de la leucoplasia, es la supresión de los posibles factores relacionados con su etiología: excluir el tabaco y el alcohol, eliminar cualquier factor irritativo de tipo mecánico, etc.

En las lesiones con displasia estaría especialmente indicada la extirpación quirúrgica con bisturí convencional, ya que permite el análisis histológico posterior de la pieza quirúrgica y una valoración de los bordes de la resección. Con frecuencia requiere la reparación plástica de la zona tratada con colgajos o injertos.⁹

En el caso de la paciente, el patólogo sugirió realizar la escisión completa de la lesión mediante un rasurado superficial de la mucosa afectada.



Ilustración 3. Lesión blanca después de la biopsia incisional.

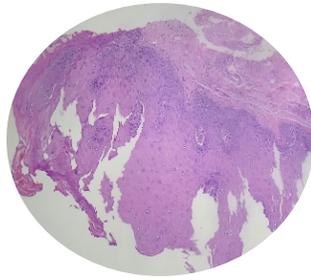


Ilustración 4. Corte histológico de la biopsia de lesión blanca.

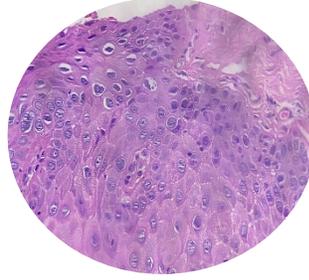


Ilustración 5. Corte histológico con magnificación de lesión blanca.

CONCLUSIONES:

La OMS define como lesión precancerosa a aquel tejido morfológicamente alterado en el que el cáncer puede aparecer más fácilmente que en el tejido equivalente de apariencia normal. En este sentido, la leucoplasia oral es considerada por la OMS como una lesión preneoplásica.¹⁰ Se ha reportado que las leucoplasias localizadas en el suelo de boca, en la lengua y el vestíbulo inferior malignizan con más frecuencia que en otras localizaciones.¹¹

Es importante identificar este tipo de lesiones y confirmar su diagnóstico histopatológicamente ya que a lo largo del tiempo tienen riesgo de desarrollar cáncer.

Referencias

1. García-Pola Vallejo MJ, García Martín JM, Seoane Leston J. (Feb 2015). Enfoque del diagnóstico y tratamiento de la leucoplasia oral. Artículos Originales Otorrinolaringología, 1, 1-8.
2. van der Waal I. (2015). Oral leukoplakia, the ongoing discussion on definition and terminology. Medicina oral, patología oral y cirugía bucal, 20(6), e685–e692.
3. Napier, S. S., & Speight, P. M. (2008). Natural history of potentially malignant oral lesions and conditions: an overview of the literature. Journal of oral pathology & medicine: official publication of the International Association of Oral Pathologists and the American Academy of Oral Pathology, 37(1), 1–10.

4. Mortazavi H., Safi Y., Baharvand M., Jafari S., Anbari F., Rahmani S. Oral white lesions: An updated clinical diagnostic decision tree. *Dent J (Basel)* 2019;7:pii: E15.
5. Waldrom CA, Shafer WG. Leukoplakia revisited. A clinicopathologic study 3256 oral leukoplakia. *Cancer* 36:1386-1392, 1975.
6. Tinoco P, Salazar N. Análisis histopatológico y epidemiológico de 343 casos de leucoplasia bucal (Venezuela). *Acta Odontológica Venezolana* 2-3:137-162, 1986.
7. 23. Bagán JV, Peydró A, Vera-Sempere F. Leucoplasia bucal. Estudio clínico de 33 pacientes. *Rev Esp Estomatol* 33:195-204, 1985.
8. Pindborg JJ. *Cáncer y precáncer bucal*. 1ª ed. Panamericana, Buenos Aires, 1981
9. Martínez-Sahuquillo Márquez, A., Gallardo Castillo, I., Cobos Fuentes, M.J., Caballero Aguilar, J., & Bullón Fernández, P.. (2008). La leucoplasia oral: Su implicación como lesión precancerosa. *Avances en Odontoestomatología*, 24(1), 33-44
10. Axéll T, Pindborg JJ, Smith CJ, Van der Waal I and 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* 25:49-54, 1996.
11. Vedtofte P, Holmstrup P, Hjorting-Hansen E, Pindborg JJ. Surgical treatment of premalignant lesions of the oral mucosa. *Int J Oral Maxillofac Surg* 16:656-664, 1987