

Incidencia de la eritroleucoplasia en la cavidad bucal

Incidence of erythroleukoplakia in the oral cavity

MsC. Gladys Aída Estrada Pereira,¹ MsC. Maricel Márquez Filiú¹¹ MsC. Eugenia González Heredia¹¹

¹ Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, Cuba.

¹¹ Facultad de Estomatología, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se efectuó un estudio descriptivo y transversal de 20 mujeres y hombres mayores de 19 años, adictos al tabaco, atendidos en la consulta estomatológica del Policlínico de Especialidades del Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba, desde septiembre del 2007 hasta igual mes del 2010, con vistas a evaluar los resultados del diagnóstico clinicohistopatológico, obtenido del examen de la cavidad bucal y de la biopsia realizada a los pacientes con eritroleucoplasia. Las muestras fueron fijadas y procesadas por la técnica convencional de inclusión en parafina, con lo cual se confirmó la presencia de cambios tisulares. En la casuística prevalecieron el sexo masculino, la ausencia de manifestaciones clínicas y la mucosa de carrillo como el sitio de ubicación más susceptible. Asimismo, las alteraciones hísticas más comunes fueron la hiperqueratosis y el infiltrado inflamatorio subepitelial.

Palabras clave: eritroleucoplasia bucal, diagnóstico histopatológico, biopsia, hiperqueratosis, infiltrado inflamatorio subepitelial, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional study of 20 women and men older than 19 years, who were heavy smokers, assisted in the Stomatology Department of the Specialties Polyclinic from "Saturnino Lora Torres" Provincial Teaching Hospital in Santiago de Cuba was carried out from September, 2007 to the same month of 2010, with the objective of evaluating the results of the clinico-histopathological diagnosis, obtained from the examination to the oral cavity and from the biopsy carried out to patients with erythroleukoplakia. The samples were fixed and processed through the conventional technique of inclusion in paraffin, which confirmed the presence of tissue changes. Male sex, the absence of clinical manifestations and the cheek mucosa as the most susceptible location prevailed in the case material. Also, the most common tissue alterations were the hyperkeratosis and the subepithelial inflammatory infiltrate.

Key words: oral erythroleukoplakia, histopathological diagnosis, biopsy, hyperkeratosis, subepithelial inflammatory infiltrate, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

En la cavidad bucal existen factores y estados precancerosos que pueden provocar la aparición de neoplasias malignas.¹

De hecho, el cáncer bucal puede desarrollarse sobre una mucosa sana o a partir de una lesión premaligna, la cual puede adoptar un aspecto rugoso de apariencia normal, aterciopelada, hiperqueratósica o blanquecina, eritematosa e incluso ambas a la vez.¹⁻⁴

Las leucoplasias no homogéneas muestran una superficie irregular, ocasionalmente son sintomáticas y provocan ardor; además, tienen un riesgo 4-7 veces mayor de transformación maligna que las homogéneas. Dentro de estas últimas se incluye la eritroleucoplasia que es una lesión preneoplásica, la cual aparece como mancha o placa blanca que alterna con zonas fuertemente eritematosas (rojizas), de superficie lisa o aplanada y se asocia a infección por *Candida albicans*.¹⁻³ Su desarrollo no responde a un trastorno sistémico con manifestación bucal y tiende a situarse en las superficies epiteliales. Las lesiones aparecen en cualquier región de la mucosa bucal, entre la quinta y sexta décadas de la vida, así como en ambos sexos, pero con mayor incidencia en los hombres.¹⁻⁵

Actualmente se conoce que el tabaco es el factor etiológico principal para el surgimiento de esta afección, puesto que origina cambios en el epitelio mucoso debido al calor causado por la combustión de los mecanismos químico (alquitranes y fenoles), físico (calor), y mecánico (toniático); es asintomática, aunque en los fumadores puede acompañarse de síntomas subjetivos, tales como: ardor en las mucosas y sensación de sequedad bucal.⁶⁻⁸

En la eritroleucoplasia se observan microscópicamente acúmulos de queratina que alternan con zonas de atrofia epitelial, un infiltrado inflamatorio bien marcado en el corion y disqueratosis con algunas atipias epiteliales, lo cual constituye un hallazgo permanente.⁷⁻¹⁰

Por todo lo anterior, los autores de este artículo se propusieron identificar las alteraciones celulares más frecuentes que ocurren en el epitelio para profundizar en el conocimiento de los fenómenos histológicos y el diagnóstico clínico de los pacientes con esta enfermedad, así como precisar la localización topográfica y los síntomas subjetivos de la misma en el epitelio bucal afectado.

MÉTODOS

Se efectuó un estudio descriptivo y transversal de 20 mujeres y hombres mayores de 19 años con eritroleucoplasia bucal, adictos al tabaco, atendidos en la consulta estomatológica del Policlínico de Especialidades del Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba, desde septiembre del 2007 hasta igual mes del 2010, con vistas a evaluar los resultados del diagnóstico clinicohistopatológico realizado a estos enfermos.

Para la recolección de los datos primarios se confeccionó una encuesta que recogía todas las variables de interés para la investigación, entre las cuales figuraron: edad, sexo, diagnóstico clínico e histológico, tiempo en el hábito de fumar, localización anatómica y grado de displasia.

Las muestras de tejido se obtuvieron con un ponche de Martín de 5 milímetros, se depositaron en un frasco de cristal con formol al 10 % y se trasladaron al departamento de Anatomía Patológica donde fueron procesadas mediante la técnica clásica de inclusión en parafina; luego se colorearon con hematoxilina y eosina; posteriormente se observaron las láminas con un microscopio de luz convencional para conocer los cambios y el grado de afección de las células, las cuales se clasificaron en grados displásicos (según la interpretación del histopatólogo) con respecto a la presencia, grado y significación de los rasgos atípicos.

RESULTADOS

Al analizar los pacientes con esta afección en cuanto a los grupos de edades y sexos (tabla 1), se evidenció que los más afectados fueron los hombres (13, para 65,0 %) y el grupo etario de 50-59 años, en ambos sexos, (8, para 40,0 %), seguido por el de 40-49 años (6, para 30,0 %).

Tabla 1. Pacientes con eritroleucoplasia bucal según edad y sexo

Grupos etarios (en años)	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
20-29			1	5,0	1	5,0
30-39	1	5,0	1	5,0	2	10,0
40-49	2	10,0	4	20,0	6	30,0
50-59	3	15,0	5	25,0	8	40,0
60 y +	1	5,0	2	10,0	3	15,0
Total	7	35,0	13	65,0	20	100,0

En la tabla 2 se aprecia que 65,0 % de los afectados expresaron encontrarse asintomáticos; sin embargo, de estos casos, 40,0 % refirieron ser adictos al tabaco entre 1-5 años, mientras que un mínimo porcentaje (25,0 %) presentaron ardentía en la mucosa bucal, lo cual demostró que 20,0 % de estos enfermos eran fumadores inveterados (21 y más años).

Tabla 2. Relación entre los síntomas subjetivos de la eritroleucoplasia bucal y el tiempo en el hábito de fumar

Síntomas subjetivos	Tiempo en el hábito de fumar (años)										Total	
	1 a 5		6 a 10		11 a 15		16 a 20		21 y +		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Ninguno	8	40,0	2	10,0	1	5,0	1	5,0	1	5,0	13	65,0
Ardor							1	5,0	4	20,0	5	25,0
Sequedad bucal									1	5,0	1	5,0
Ardor + sequedad									1	5,0	1	5,0
Total	8	40,0	2	10,0	1	5,0	2	10,0	7	35,0	20	100,0

Se comprobó que la hiperqueratosis y el infiltrado inflamatorio subepitelial fueron los hallazgos histológicos de mayor incidencia (tabla 3), con 7 lesionados cada uno (35,0 %) y predominó en los enfermos con más tiempo en el consumo de tabaco (21 años y

más), seguido, en menor frecuencia, del grupo de 16-20 años en dicho hábito, con 4 afectados (20,0 %).

Tabla 3. Vinculación entre el tipo de alteraciones hísticas y el tiempo en el hábito de fumar

Alteraciones hísticas	Tiempo en el hábito de fumar (años)										Total	
	1 a 5		6 a 10		11 a 15		16 a 20		21 y +			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hiperqueratosis	2	10,0	3	15,0	4	20,0	4	20,0	7	35,0	20	100,0
Atrofia epitelial	1	6,7	2	13,3	3	20,0	4	20,0	6	40,0	15	100,0
Acantosis	1	10,0	1	10,0	2	20,0	3	30,0	3	30,0	10	100,0
Infiltrado inflamatorio subepitelial	2	10,0	3	15,0	4	20,0	4	20,0	7	35,0	20	100,0
Displasia epitelial	1	5,5	2	11,1	3	16,7	5	27,8	7	38,09	18	100,0

Al vincular la localización topográfica de la eritroleucoplasia bucal con la magnitud de la displasia (tabla 4) se halló que el sitio de mayor porcentaje de displasia epitelial fue la mucosa de carrillo, con 44,4 %; seguido por el labio inferior, con 22,2 %. De igual manera la displasia leve alcanzó la cifra más elevada, con 10 casos (55,6 %), mientras que en la moderada hubo 6 afectados (33,3 %) y en la severa solo 2 (11,1 %).

Tabla 4. Correlación entre la localización topográfica de la eritroleucoplasia bucal y la magnitud de la displasia

Localización topográfica del Virus del Papiloma Humano (VPH)	Magnitud de la displasia epitelial							
	Displasia leve		Displasia moderada		Displasia severa		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Mucosa de carrillo	4	22,2	3	16,7	1	5,5	8	44,4
Labio inferior	3	16,7	1	5,5			4	22,2
Paladar duro	2	11,1	1	5,5			3	16,7
Paladar blando					1	5,5	1	5,5
Lengua	1	5,0	1	5,0			2	11,1
Total	10	55,6	6	33,3	2	11,1	18	100,0

DISCUSIÓN

En esta investigación, la totalidad de los pacientes que integraron la casuística eran fumadores habituales, lo cual coincide con los trabajos realizados por Santana Garay,¹ Martínez Sahuquillo *et al*,² Vázquez Álvarez *et al*³ y Estrada Pereira⁷ que además hallaron un predominio de esta afección en el sexo masculino, con una mayor incidencia entre la quinta y sexta décadas de la vida.

Algunos autores^{1-3,8,10} estiman que la mucosa bucal está expuesta constantemente a la agresión de agentes irritantes (tabaquismo, alcoholismo y otros) que, de no ser eliminados, actúan desfavorablemente en aquellos sitios anatómicos sometidos directamente a la combustión de productos químicos tóxicos (nicotina, alquitrán, fenoles y otros), por tanto, dañan los mismos y al transcurrir el tiempo aparecen en ellos manifestaciones clínicas, tales como: ardencia y resequedad bucal, debido a la irritación continua de la mucosa superficial,¹⁻³ donde se producen alteraciones o cambios en el epitelio (respuesta adaptativa celular), los cuales pueden desaparecer si

se elimina el hábito de fumar.²⁻⁴ Si este vicio persiste puede inducir a la presencia y severidad de la displasia epitelial que indicará la magnitud de la transformación maligna de la lesión.⁷⁻¹⁰

Tal como se ha visto, la totalidad de los integrantes de la serie padecían eritroleucoplasia bucal al examen clínico e histopatológico, la mayoría de ellos eran adictos al tabaco o cigarro durante años y no presentaron síntomas clínicos. Predominaron del sexo masculino, el grupo etario de 50-59 años, la displasia epitelial leve en fumadores con años en el hábito y la mucosa de carrillo, como el sitio de mayor incidencia de esta afección.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santana Garay JC. Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
2. Martínez Sahuquillo Márquez A, Gallardo Castillo I, Cobos Fuentes MJ, Caballero Aguilar J, Bullón Fernández P. La leucoplasia oral. Su implicación como lesión precancerosa. *Av. Odontoestomatol.* 2008;24(1):33-44.
3. Carnesoltas Lázaro D, Domínguez Odio A, Frías Vázquez AI, Dutok-Sánchez NM, García Heredia G. Alteraciones citogenéticas bucoepiteliales en pacientes portadores de leucoplasia. *Rev Mex Patol Clin.* 2007;54(3):104-11.
4. Vázquez Álvarez R, Fernández González F, Gándara Vila P, Reboiras López D, García García Abel, Gándara Rey JM. Correlación clínico-patológica de la leucoplasia oral en una muestra de 54 pacientes. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2011;16(1):15-20.
5. Cerero Lapiedra R, Baladé Martínez D, Moreno López LA, Esparza Gómez GC, Bagán JV. Leucoplasia verrugosa proliferativa: propuesta de criterios diagnósticos. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2010;15(5):276-82.
6. Esparza Gómez GC. Valoración de los diferentes tratamientos empleados en la leucoplasia oral. *Av Odontoestomatol.* 2008;24(1):105-9.
7. Estrada Pereira GA, Zayas Simón OP, González Heredia E, González Alonso C, Castellanos Sierra G. Diagnóstico clínico e histopatológico de la eritroplasia bucal. *MEDISAN.* 2010 [citado 8 Oct 2011];14(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192010000400003&script=sci_arttext
8. García Pola Vallejo MJ, Martínez Díaz Canel AL, García Martín JM, González García M. Risk factors for oral soft tissue lesions in an adult Spanish population. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002;30(4):277-85.
9. 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(10):575-80.
10. Napier SS, Speight PM. Natural history of potentially malignant oral lesions and conditions: an overview of the literature. *J Oral Pathol Med.* 2008;37(1):1-10.

MEDISAN 2012; 16(11):1717

Recibido: 18 de enero de 2012.
Aprobado: 22 de junio de 2012.

Gladys Aída Estrada Pereira. Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", avenida Libertadores s/n, entre calles 4ta y 6ta, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba.