

LEUCOPLASIA ORAL

con displasia

a propósito de dos casos clínicos

* Dra. Laura Cosetti
** Dra. Verónica Blanco

Palabras clave: Leucoplasia
Displasia epitelial

RESUMEN

La leucoplasia de la cavidad bucal es una de las lesiones que con mayor frecuencia se malignizan. Está asociada a diferentes factores etiológicos, principalmente hábitos nocivos, que pueden ser identificados y controlados evitando así su transformación maligna.

El propósito de este artículo, en el cual se presentan dos casos de leucoplasia oral con displasia leve, es mostrar que la apariencia clínica no es sugestiva del diagnóstico histopatológico de las lesiones y que los hábitos nocivos influyen en su aparición, evolución y pronóstico.

(*) Prof. Adj. Cátedra Patología y Semiología BM.
Asistente Servicio de Urgencia F de O.
Docente Programa Docencia-Servicio-Investigación
(**) Asistente Patología y Semiología BM.
Asistente Servicio de Urgencia F de O.
Docente Programa Docencia-Servicio-Investigación

INTRODUCCIÓN

La Leucoplasia es definida por la OMS como una mancha o placa blanca que no puede ser atribuida clínicamente a ninguna otra entidad (1).

Es un término exclusivamente clínico que puede corresponder a diferentes cuadros histopatológicos. Así es que leucoplasias de expresión clínica inofensiva pueden en su morfología presentar diferentes grados de displasia o incluso ser un carcinoma (2).

Es por esta razón que se impone siempre la toma biopsica y el estudio histopatológico de toda lesión clínicamente diagnosticada como leucoplasia (3).

Tipificar la entidad permite establecer un pronóstico (2) y seleccionar la terapéutica más adecuada al caso, que puede variar desde el simple control periódico hasta tratamientos farmacológicos y/o quirúrgicos específicos (4-6).

ANTECEDENTES

La leucoplasia es una lesión cancerizable que asienta en diferentes sectores de la mucosa bucal. La mayor prevalencia según Bagán (7) se da entre los 40 y 70 años de edad. Con respecto al sexo, diferentes autores concuerdan en que es más frecuente en hombres que en mujeres (8, 9).

La topografía de la leucoplasia en la mucosa oral difiere según los autores (7,10). La mayoría encontró la mucosa yugal como lugar de mayor afectación, seguida de encía, lengua, labios, piso de boca, y paladar (11).

En la Cátedra de Patología y Semiología de la Facultad de Odontología, si bien no existen estudios epidemiológicos al respecto, se ha observado que la mayoría de las leucoplasias orales se ubican en la mucosa yugal (zona retrocomisural), siendo muchas de ellas bilaterales.

Se han descrito varios factores etiológicos relacionados con la presencia de leucoplasia (12-15). Actualmente la OMS reconoce como único factor etiológico al tabaco, no obstante a veces no es posible identificar la causa (2).

Clínicamente se puede clasificar en leucoplasia homogénea y no homogénea. Esta última se subdivide en dos formas: moteada y verrugosa. La homogénea se presenta como una mancha o placa blanca de superficie lisa o corrugada, límites definidos y extensión variable. La forma no homogénea se presenta como una mancha o placa blanca con zonas rojas, superficie irregular, a veces nodular o de aspecto verrugoso (16).

Histopatológicamente las lesiones pueden presentarse con o sin displasia (17). Aquellas en las que no hay displasia y sólo hay hiperqueratosis y acantosis epitelial como hallazgos morfológicos principales, tienen un pronóstico favora-

ble. Cuando se encuentra displasia ésta puede ser leve, moderada o severa y de acuerdo a ello el riesgo se ve incrementado y el pronóstico se hace menos favorable (18,19). Se ha visto que la infección micótica sobreagregada aumenta el riesgo y el grado de displasia epitelial (20).

Caso Clínico 1

Se trata de un paciente de sexo masculino de 37 años de edad, que consulta por molestia en la zona retrocomisural izquierda.

La lesión fue detectada por el paciente 6 años atrás y consultó con su dermatólogo, quien indicó tratamiento con oroflogol, y le informó que si no había mejoría se debía realizar la biopsia.

Por tratarse de una lesión no dolorosa en ese momento, el paciente interrumpió el tratamiento. Luego de varios años, y tras comenzar las molestias en la zona, decide consultar a su odontólogo quién lo deriva a la Facultad, donde fue examinado.

En el momento de la consulta relata sensación de quemazón y ardor en la zona, sobre todo frente a irritantes como picantes, alimentos calientes, e incluso describe ardor cuando fuma.

En sus hábitos se destaca que es fumador de 40 cigarrillos rubios con filtro diarios, desde hace aproximadamente 18 años, aumentando a 60 cigarrillos diarios en los últimos 3 años. Bebe mate, casi 3 litros por día, con agua bien caliente.

Al examen clínico se observa en la zona retrocomisural izquierda una lesión blanca de forma triangular, a base posterior, de 12x15 mm, con una zona central eritematosa de la cual parten grietas hacia la periferia. La presencia de esta zona eritematosa hace sospechar una infección micótica sobreagregada.

La palpación permite diferenciarla del resto de la mucosa clínicamente no afectada, ya que su consistencia es más firme. (foto 1)

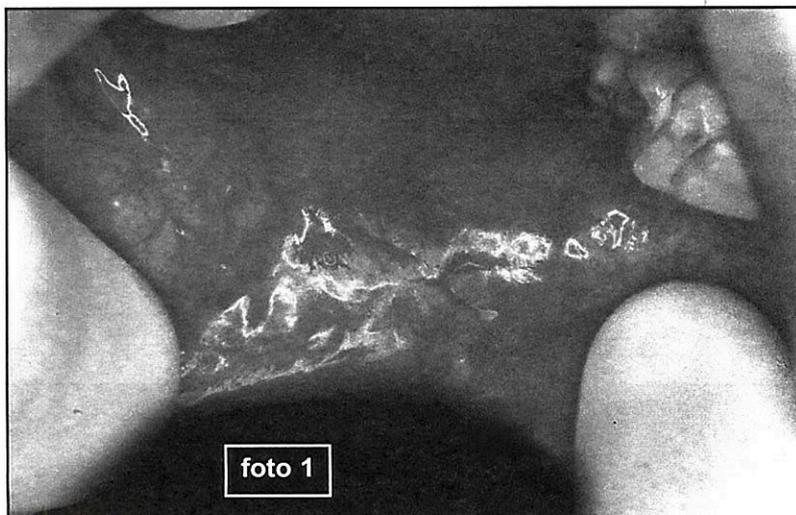


foto 1

apreció una leve mejoría clínica, ya que las zonas rojas se habían atenuado y se procede a la biopsia incisional, orientada por tinción con azul de toluidina (21).

Informe anatomopatológico

Secciones de mucosa pavimentosa retrocomisural, que muestran hiperplasia del estrato espinoso, con áreas de paraqueratosis e hiperplasia basal, configurando una displasia epitelial leve. Corion con escasos infiltrados, mayoritariamente linfocitos. Se sospecha presencia de *Cándida Albicans* en la superficie.

En suma: acantoqueratosis, con displasia leve. Sospecha de *Cándida Albicans* (foto 2)



foto 2

Caso Clínico 2

Paciente de 26 años de edad, sexo masculino, que consulta en la cátedra de Patología y Semiología de la Facultad de Odontología derivado de un policlínico, por presentar lesión blanca en dorso de lengua.

Durante el interrogatorio relata que se descubrió la lesión en forma casual, unos meses atrás, no dándole importancia ya que no le ocasionaba molestias.

En contacto con la lesión se observa un perno metálico en pieza 24. Al momento de la consulta presenta varias caries activas, así como abundante sarro.

Frente a la sospecha de una micosis sobregada, se decide tratar al paciente con antimicóticos tópicos antes de la toma biopsica, con la finalidad de eliminar dicho componente infeccioso dejando solo la lesión primitiva. Se indica nistatina ungüento, 3 veces por día, durante 7 días. Al término del tratamiento se

En sus hábitos se destaca que es fumador de 40 cigarrillos por día, rubios con filtro, desde hace 10 años, además de fumar tabaco para armar. Es bebedor de casi 1 litro de alcohol diario por día (cerveza o vino) y de casi 3 litros de mate. Consume marihuana diariamente y ocasionalmente cocaína.

Clínicamente se visualiza en el sector anterior y central del dorso de lengua una placa blanca de forma irregular, con bordes poco definidos, que hacia la periferia va atenuando su coloración y disminuyendo su espesor. Las papilas linguales no se observan en las zonas afectadas (foto 3).

La higiene bucal es aceptable, encontrándose tan sólo una lesión de caries activa y manchas por tabaco.

Se decide realizar la biopsia incisional orientada con la técnica de azul de toluidina.

Informe anatomopatológico

Secciones de mucosa pavimentosa lingual, que muestran hiperplasia epitelial a expensas de acantopapilomatosis, con granulosis e hiperortoqueratosis. Las crestas interpapilares están ensanchadas, ocasionalmente fusionadas y muestran duplicación del estrato basal, con progresión madurativa adecuada en estratos epiteliales superiores.

Corion con rica red vascular capilar y presencia de mínimos infiltrados linfocitos.

En suma: corresponde a una acantoqueratosis, con displasia epitelial leve (foto 4).

DISCUSIÓN

Se han presentado dos casos clínicos de leucoplasia oral con displasia leve. En ambos se constató la presencia de factores de riesgo relacionados con la aparición y desarrollo de esta lesión (22,23).

En el primer caso clínico, la lesión se presentó a una edad que coincide con la de mayor prevalencia descrita para la leucoplasia oral, se vincula directamente con el hábito de fumar tabaco, y se localiza en la zona retrocomisural, sitio mencionado como el de mayor frecuencia en pacientes fumadores (11,22). La apariencia clínica permite sospechar de una infección micótica sobreagregada, factor que aumenta el riesgo de displasia (20). Estos hallazgos no escapan a los parámetros manejados en la literatura por los diferentes autores para la aparición de leucoplasia oral con displasia.

No ocurre lo mismo en el segundo caso clínico presentado, en el cual ni la edad ni el sitio son

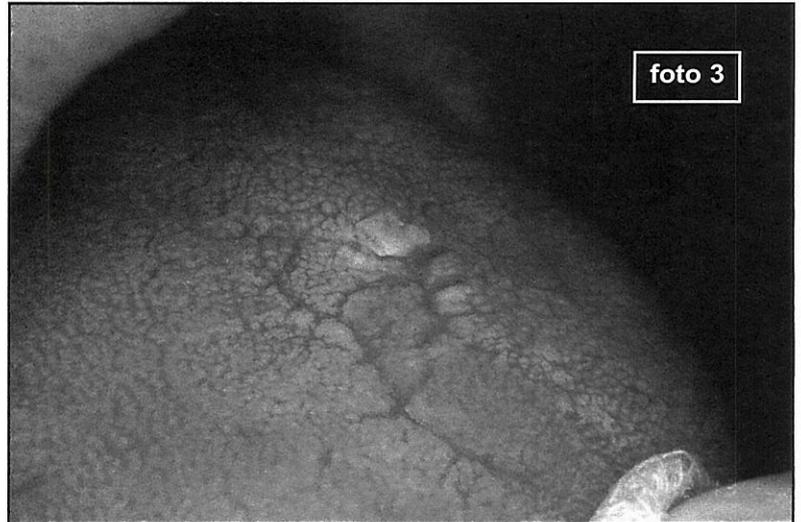


foto 3

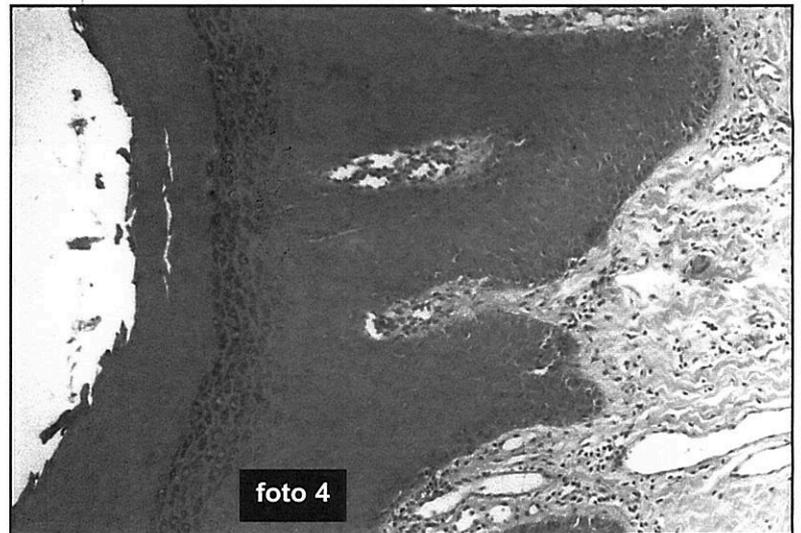


foto 4

los de mayor prevalencia. En este caso, al hábito de fumar cigarrillos se le agrega el consumo diario de alcohol y marihuana y de 3 litros de mate por día. La sumatoria de estos factores aumenta el riesgo de displasia (22,24). Esto podría explicar la aparición de la lesión a una edad temprana, la localización poco habitual en dorso de lengua y la presencia de displasia leve, en este paciente.

Es importante también destacar que, en este caso, la apariencia clínica de la lesión (homogénea) no permitía sospechar la displasia encontrada en el estudio anatomopatológico, reafirmando la falta de correlación entre el aspecto clínico y la histopatología en las lesiones cancerizables(3).

CONCLUSIONES

Los casos clínicos presentados muestran la relación entre los factores de riesgo y la presencia de displasia en las leucoplasias orales y cómo la asociación de varios de ellos, probablemente influya en algunas variables como edad, localización, y aspecto clínico e histopatológico.

De las lesiones cancerizables, la leucoplasia es una de las más frecuentes en la cavidad bucal. Cuando se identifican los factores de riesgo antes mencionados, se debe siempre sospechar y buscar esta lesión. Cuando se constata su presencia, se impone el estudio anatomopatológico. Su diagnóstico temprano, el control de los hábitos nocivos y la terapéutica adecuada hacen el pronóstico más favorable

SUMMARY

The oral leukoplakia is a frequent premalignant lesion associated to different etiologic factors, mainly tobacco smoking, that can be identified and controlled, avoiding its nocive effects.

The aim of this article - in wich two clinical cases of leukoplakia with displasia are presented - is to stress that the clinical appearance does not correlate with histopathological findings and that nocive habits can stimulate its appearance, evolution and prognosis.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 -WHO Collaborating Center for Oral Precancerous Lesions. Definition of Leukoplakia and related lesions: An aid to studies on oral precancer. *Oral Surg.* 1978; 46:518-39.
- 2 - Axéll T, Pindborg J, Smith C et al. Oral White Lesions with special reference to precancerous and tobacco related lesions: conclusions of an international symposium held in Uppsala, Swedden, May 18-21 1994. *J. Oral. Pathol Med* 1996; 25:49-54
- 3 - Onofre MA, Sposto MR, Navarro CM et al. Potentially malignant epithelial oral lesions: discrepancies between clinical and histological diagnosis. *Oral Dis* 1997 Sep; 3(3):148-52
- 4 - Kübler A, Thomas H, Rheinwald M et al. Treatment of oral leukoplakia by the topical application of 5-aminolevulinic acid. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 1998; 27:466-469
- 5 - Epstein J, Gorsky M. Topical application of vitamin A to oral leukoplakia. *Cancer Set* 15, 1999; 86(6):921-27
- 6 - Epstein J, Wong F, Millner A et al. Topical bleomycin treatment of oral leukoplakia: A randomized double-blind clinical trial. *Head Neck* Nov. 1994; 16:539-44
- 7 - Bagan J, Vera F, Millian MA. Leucoplasia oral: estudio clínico -patológico de 110 casos. *Arch odontoestomatol* 1993; 9:127-138
- 8 - Martínez JM, Gutiérrez MJ. Leucoplasia oral. A propósito de 184 casos. *Arch odontoestomatol* 1989; 4:490-497
- 9 - Ikeda N, Ishii T, Lida S et al. Epidemiological study of oral leukoplakia based on mass screening for oral mucosal diseases in a selected Japanese population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19:160-163
- 10 - Axéll T. Occurrence of leukoplakia and some other oral white lesions among 20.333 adult Swedish people. *Community Dent Oral Epidemiol* 1988; 16: 302- 305.
- 11 - Schepman KP, Bezemer PD, van der Meij EH et al. Tobacco usage in relation to the anatomical site of oral leukoplakia. *Oral Dis* 2001 Jan; 7(1):25-7
- 12 - Creath C, Cutter G, Bradley DH. Oral leukoplakia and adolscent smokless tobacco user. *Oral Surg.* 1991; 72:35-41
- 13 - Pardell H, Agustí A. El tabaquismo como riesgo para la salud, su coste medico y social. *JANO* 1993; 35:58-62
- 14 - Bouquot JE. Common oral lesions found during a mass screening examination. *JADA* 1986; 112:50-57
- 15 - Gonzalez Moles MA, Ruiz Avila I, Gines Martínez N. Consideraciones sobre las implicaciones pronosticas de los papiloma virus humanos en leucoplasias orales. *Avanc Odontoestomatol* 1993; 9:473-76
- 16 - Van der Waal I, Bánóczy J, Axell T et al. Diagnostic and therapeutic problems of oral precancerous lesions. *Int. J. Oral Maxillofac Surg.* 1986; 15:790-98
- 17 - Neville B, Damm D, Allen C. *Oral and Maxillofacial Pathology USA: WB Saunders Company, 1995. 711p*
- 18 - Silverman S, Gorsky M, Lozado F. Oral leukoplakia and malignant transformation. A follow up study of 257 patients. *Cancer* 1984; 53(3):563-8
- 19 - Van der Waal I, Schepman KP, Meij EH et al. Oral leukoplakia : a clinico-pathological review. *Oral Oncol.* 1997; 33:291-301
- 20 - Barrett AW, Kingsmill VJ, Speight PM. The frequency of fungal infection in biopsies of oral mucosal lesions. *Oral Dis* 1998 Mar; 4(1):26-31
- 21 - Amorin C, Pérez Caffarena M. Lesiones blancas de la mucosa bucal (métodos auxiliares de diagnóstico). *An. Fac. Odont. Uruguay. Dic.* 1990:21-26
- 22 - Campisi G, Margiotta V. Oral Mucosal lesions and risk habits among men in a Italian study population. *J. Oral. Pathol. Med.* 2001 Jan; 30(1):22-8
- 23 - Reichart PA. Identification of risk groups for oral precancer and cancer and preventive measures. *Clin Oral Investig* 2001 Dec; 5(4):207-13
- 24 - De Stefani E, Correa P, Oreggia F et al. Black tobacco, wine and mate in oropharyngeal cancer. A case - control study from Uruguay. *Rev. Epidemiol. Sante Publique.* 1988; 36(6):389-94.