

Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes con leucoplasia bucal

Clinical epidemiological characterization of patients with oral leukoplakia

Dra. Maurin Castelnaux Martínez^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-1955-7653>

Dra. Ibisley Montoya Sánchez¹ <https://orcid.org/0000-0003-3806-4619>

Dra. Yuliet Serguera Batista¹ <https://orcid.org/0000-0003-3707-708X>

Dr. Rafael M. Giraldo Moran¹ <https://orcid.org/0000-0001-9702-6474>

Dr. Antonio Pérez Rosabal² <https://orcid.org/0000-0001-7008-3620>

¹Policlínico Universitario Carlos Juan Finlay, Universidad de Ciencias Médicas. Songo-La Maya, Santiago de Cuba, Cuba.

²Hospital Infantil Sur Dr. Antonio María Béguez César, Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: maurincm@nauta.cu

RESUMEN

Introducción: La leucoplasia bucal se presenta clínicamente de múltiples formas. Actualmente se considera que puede ser homogénea o no homogénea.

Objetivo: Caracterizar pacientes con leucoplasia bucal según variables seleccionadas.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 30 pacientes con leucoplasia, atendidos en la consulta del Programa de Detección del Cáncer Bucal, pertenecientes al área de salud del Policlínico Universitario Carlos Juan Finlay de Songo La Maya, provincia de Santiago de Cuba, durante el 2016. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, color de la piel, factores de riesgo, formas clínicas de presentación de la leucoplasia, localización, número de lesiones, tiempo de consumo del tabaco y transformación maligna.

Resultados: Predominaron el grupo etario de 45-64 años, el sexo masculino y los mestizos. La localización anatómica más afectada fue el reborde alveolar residual. La mayoría de los afectados presentó una sola lesión con forma clínica homogénea, y ninguna transformación maligna después de su intervención. El tabaquismo fue el factor de riesgo de mayor prevalencia.

Conclusiones: La detección temprana de las lesiones del complejo bucal depende de que el paciente sea examinado a tiempo. Se debe realizar un diagnóstico certero para lograr una reducción significativa de la morbilidad y la mortalidad e incrementar la curación y la supervivencia.

Palabras clave: leucoplasia; lesión bucal; cáncer bucal; factor de riesgo.

ABSTRACT

Introduction: The oral leukoplakia is clinically presented in multiple forms. At the moment it is considered that can be homogeneous or non homogeneous.

Objective: To characterize patients with oral leukoplakia according to selected variables.

Methods: A descriptive and cross-sectional study of 30 patients with leukoplakia was carried out, they were assisted in the Program of Detection of Oral Cancer service, belonging to the health area of Carlos Juan Finlay University Polyclinic in Songo La Maya, Santiago de Cuba, during 2016. The following variables were analyzed: age, sex, skin color, risk factors, clinical forms presentation of leukoplakia, localization, number of lesions, time of nicotine addiction and malignant transformation.

Results: The 45-64 age group, male sex and persons of mixed race prevailed. The most affected anatomical localization was the residual alveolar edge. Most of those affected presented a single lesion with homogeneous clinical form, and any malignant transformation after their intervention. Nicotine addiction was the most prevalent risk factor.

Conclusions: The early detection of the oral complex lesions depends on the patient's examination on time. An accurate diagnosis should be carried out to achieve a significant reduction of the morbidity and mortality and to increase cure and survival.

Key words: leukoplakia; oral lesion; oral cancer; risk factors.

Recibido: 20/02/2019

Aprobado: 20/11/2019

Introducción

La leucoplasia puede aparecer como una lesión única, localizada y difusa, que ocupa extensas áreas de la mucosa bucal. Su aspecto clínico es muy heterogéneo; puede variar desde áreas maculares, lisas, ligeramente blanquecinas y translúcidas hasta placas netamente blancas, elevadas, gruesas, firmes, con superficie rugosa y fisurada. Generalmente son asintomáticas, pero algunos pacientes pueden presentar una ligera sensación de ardor.⁽¹⁾

Dicha afección puede presentarse clínicamente de múltiples formas según el patrón clínico, la extensión de la lesión y su localización dentro de la cavidad bucal. Actualmente se consideran 2 formas clínicas: homogénea y no homogénea. La distinción entre ambas es exclusivamente clínica, basada en el color de la lesión y sus características morfológicas que se relacionan con su evolución.⁽²⁾

Las leucoplasias de tipo homogéneo se definen como lesiones predominantemente blancas, uniformes, de bordes bien delimitados, planas y de superficie lisa, con una fina apariencia que puede presentar grietas o hendiduras poco profundas y de consistencia no indurada. Suelen ser asintomáticas y se descubren de forma casual. El riesgo de transformación maligna a largo plazo es relativamente bajo (5,0 %). Las formas homogéneas presentan mayor prevalencia que las no homogéneas, en una proporción que varía de 2:1 a 11:1.⁽³⁾

Ahora bien, las leucoplasias de tipo no homogéneo llevan asociado un componente eritematoso, nodular, erosivo, ulcerado o verrugoso exofítico. Su riesgo de transformación maligna alcanza 25,0 %, por ello se consideran lesiones de alto riesgo (4-7 veces mayor en relación con las leucoplasias de tipo homogéneo).⁽³⁾

La leucoplasia verrugosa proliferativa (LVP) se considera actualmente como una entidad independiente del conjunto de leucoplasias; es un tipo muy agresivo de lesión no homogénea de origen desconocido, cuyo riesgo de malignización alcanza hasta 80,0 % de los pacientes y su resultado final es el óbito en 50,0 % de estos.⁽³⁾ Comienza como placas blancas, solitarias, que crecen lentamente y se hacen exofíticas, verrugosas y tienden a extenderse. Se caracterizan por tener una presentación multifocal o difusa con lesiones que cubren un área extensa de la cavidad bucal. Las mucosas yugal y palatina son las más afectadas, seguidas por la mucosa alveolar, la lengua, el piso de la boca, la encía y los labios. La localización predominante en las mujeres es la mucosa yugal y en los hombres, la lengua.⁽³⁾

Las causas de las lesiones en la cavidad bucal son multifactoriales, entre ellas se encuentran los efectos combinados de factores predisponentes y causales exógenos, tales como tabaco, alcohol, deficiente higiene bucal, irritación por prótesis y otros.⁽⁴⁾

En cuanto a los datos de prevalencia de la leucoplasia bucal, referida a los casos identificados en una población en un momento determinado, existe un acuerdo mundial en cuanto a las cifras. Estos datos oscilan entre 1-5 % en dependencia del país, los tipos de población y el hábito tabáquico, así como de la definición clínica de leucoplasia utilizada. En una revisión sistemática realizada en el 2003, se agruparon datos de 17 países en los cuales se realizaron estudios de prevalencia entre 1986 -2002. A pesar de la gran heterogeneidad de estos estudios, las técnicas estadísticas utilizadas arrojaron una prevalencia mundial unificada de 2,6 %.⁽²⁾

Cuba cuenta con un Programa Nacional de Detección Precoz del Cáncer Bucal (PDCB) único en el mundo, que ha logrado reducir en 8 % la mortalidad por esta causa en los últimos 20 años, fundamentado en el examen del complejo bucal al 100 % de los sujetos de 15 años y más.⁽⁵⁾

Estudios sobre este tema muestran que en la provincia de Santiago de Cuba la tasa de lesiones de este tipo en el 2012 fue de 1 985 275 casos vistos y 238 734 examinados mediante el PDCB.⁽⁶⁾ Asimismo, en el municipio de Songo - La Maya, según datos estadísticos, se pudo constatar que la incidencia de dicha afección fue de 3,4 por cada 10 000 habitantes y en la provincia de 4,5 por cada 10 000 habitantes.

Debido a la importancia que reviste el conocimiento de esta lesión premaligna muy frecuente en las consultas, su prevención y los factores de riesgo que la desencadenan cada vez más en la población, se decidió realizar este estudio para caracterizar a los pacientes con estas afecciones.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 30 pacientes diagnosticados con leucoplasia, previo estudio histopatológico y sin otro tipo de lesiones de la cavidad bucal, pertenecientes al área de salud del Policlínico Universitario Carlos Juan Finlay del municipio de Songo-La Maya, provincia de Santiago de Cuba, durante el 2016, con vistas a caracterizarles según variables seleccionadas.

La recolección de la información se realizó mediante la anamnesis y el examen físico, además de los datos procedentes de la historia clínica individual, teniendo en cuenta que estos pacientes asistían a la consulta de PDCB.

Se confeccionó una encuesta que incluía las siguientes variables: edad, sexo, color de la piel, factores de riesgo, formas clínicas de presentación de la leucoplasia, localización, número de lesiones, tiempo de consumo del tabaco y transformación maligna. La información obtenida se procesó de forma computarizada mediante el paquete estadístico SPSS-11.5.1 y se utilizó el porcentaje como medida de resumen.

Resultados

La tabla 1 muestra un predominio del grupo etario de 45 a 64 años y del sexo masculino (56,7 % para ambas variables).

Tabla 1. Pacientes según grupos de edades y sexo

Grupos de edades (en años)	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
15 - 44	1	3.3	2	6,7	3	10,0
45 - 64	8	26.7	9	30,0	17	56,7
65 y más	4	13.3	6	20,0	10	33,3
Total	13	43,3	17	56,7	30	100,0

Al analizar los afectados con leucoplasia según localización y color de la piel (tabla 2), se observa un predominio de la lesión en el reborde alveolar residual con 17 pacientes mestizos (56,7 %).

Tabla 2. Pacientes según localización y color de la piel

Localización	Color de la piel							
	Blanco		Negro		Mestizo		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Reborde alveolar residual	2	6.6	7	23.3	8	26.6	17	56.7
Mucosa del carrillo	2	6.6	3	10	8	26.6	13	43.3
Paladar			1	3.3	1	3.3	2	6.6
Labios	1	3.3	1	3.3			2	6.6

En la tabla 3 se observa que el factor de riesgo predominante fue el tabaquismo con 17 pacientes del sexo masculino (96,6 %).

Tabla 3. Pacientes según sexo y factores de riesgo

Factores de riesgo	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Tabaquismo	12	40,0	17	56.6	29	96.6
Prótesis desajustadas	8	26,6	7	23.3	15	50,0
Obturaciones defectuosas	2	6,6	2	6.6	4	13.3

Los resultados de la tabla 4 muestran que de los 29 pacientes fumadores, 21 presentó la forma clínica homogénea para 70,0 %.

Tabla 4. Factores de riesgo según formas clínicas de presentación de la leucoplasia

Factores de riesgo	Formas clínicas			
	Homogénea		No homogénea	
	No.	%	No.	%
Tabaquismo	21	70,0	8	26,6
Prótesis desajustadas	10	33.3	5	16,6
Obturaciones defectuosas	4	13.3		

En la tabla 5 se observa el predominio de una sola lesión en 16 pacientes fumadores, pero no se puede ignorar la presencia de 3 lesiones en igual número de pacientes.

Tabla 5. Número de lesiones según factores de riesgo

factores de riesgo	Número de lesiones		
	1	2	3
Tabaquismo	16	10	3
Prótesis desajustadas	7	6	2
Obturaciones defectuosas	3	1	

Discusión

La incidencia de enfermedades en la cavidad bucal es relativamente alta y va desde simples procesos inflamatorios hasta importantes alteraciones neoplásicas. Dicha cavidad puede ser directamente examinada, observada y estudiada; por tanto, el estomatólogo y el médico pueden, fácilmente, diagnosticar y ejecutar un tratamiento en las etapas iniciales de cualquier afección que pueda aparecer, principalmente en los adultos mayores.⁽²⁾

De hecho, los resultados de esta serie coinciden con los de Mesa *et al*,⁽⁶⁾ quienes encontraron un predominio de los hombres con respecto a las mujeres, con una relación de 5 a 1 en edades a partir de la quinta década de vida, teniendo en cuenta que el sexo femenino es más cuidadoso en la observancia de las medidas relacionadas con su salud y, por ende, en la mayoría de los casos se detecta a tiempo cualquier alteración anormal en la mucosa bucal, a diferencia de los hombres que promueven en menor medida estilos de vida saludables y se descuidan de su salud.

Otros autores^(1,7) muestran resultados similares al plantear que la leucoplasia afecta a los hombres al menos 3 veces más que a las mujeres a partir de los 40 años, sin existir diferencias geográficas.

En bibliografías consultadas^(8,9) no existe una opinión coincidente acerca de la relación que existe entre la localización de esta afección y el color de la piel; sin embargo, los resultados obtenidos pudieran atribuirse a que la población estudiada era predominantemente mestiza. Algunos autores^(6,7) plantean una prevalencia del color de

la piel blanco atribuible al tiempo de exposición a los rayos solares por parte de estos pacientes.

Por otra parte, en la casuística, la localización anatómica más frecuente fue el reborde alveolar residual. Estos resultados no concuerdan con otro estudio,⁽¹⁰⁾ donde la mucosa del carrillo fue la más afectada, seguida de la mucosa del labio inferior. Las localizaciones más habituales son la mucosa vestibular y las comisuras bucales, que engloban 90 % de todas las leucoplasias bucales.⁽¹¹⁾

Resulta importante señalar que el tabaco es el factor local más importante a tener en cuenta para que se produzcan las principales lesiones premalignas y el cáncer bucal.⁽¹²⁾

Al respecto, los datos obtenidos coinciden con los de Pérez *et al*,⁽¹³⁾ quienes exponen que el tabaco es el principal factor predisponente para el desarrollo de leucoplasias. Los cambios originados en la mucosa bucal se deben a la acción del tabaco, tanto por el calor causado por su combustión como por los factores químicos ocasionados durante esta. Además, la combustión al fumar produce sustancias volátiles con fuerte capacidad para engendrar la leucoplasia de la mucosa bucal (acción química).⁽¹¹⁾

El uso prolongado de la prótesis trae consigo la aparición de lesiones premalignas y malignas; los resultados obtenidos coinciden con otra investigación realizada sobre el tema.⁽¹⁴⁾

Por otro lado, en este estudio se comprobó que existe una relación entre los factores de riesgo y la prevalencia de la forma clínica homogénea de la leucoplasia, resultados similares a estos alcanzó en Argentina Suárez,⁽¹⁵⁾ quien expone que la forma clínica homogénea presenta mayor prevalencia que la no homogénea, en una proporción que varía de 2:1 a 11:1. Esto resulta de gran interés clínico, puesto que la forma homogénea según estudios representa 5 % de transformación maligna, por ello se consideran lesiones de bajo riesgo.⁽²⁾

Como pudo observarse, el predominio de una lesión en la mayoría de los pacientes expuestos al hábito de fumar corrobora una vez más la relación de dicho hábito con la aparición de la leucoplasia en la cavidad bucal. Cabe destacar la presencia de más de una lesión en 3 pacientes con este hábito, dato de gran interés clínico, pues los autores consideran que a mayor número de lesiones mayor será la probabilidad de malignización.

El tiempo que el paciente lleva en la práctica del hábito de fumar también es importante a la hora de caracterizar esta entidad. Al respecto, los resultados de la investigación muestran primacía de los pacientes con leucoplasia que eran fumadores hacía más de 15 años, sobre todo del sexo masculino.

En cuanto a la asociación del tabaco con la aparición de la leucoplasia, Rivero *et al*⁽²⁾ han observado que el número de cigarrillos consumidos se manifiesta como un factor de riesgo superior a la duración del hábito; mientras que Estrada⁽¹⁶⁾ estima que es más importante la duración del consumo del tabaco en años. Según estos investigadores el riesgo comienza 4 años después del inicio en el hábito.

Las bibliografías médicas consultadas referentes al tema aseguran que el mecanismo de acción del tabaco puede ser indirecto, pues modifica la composición de la microbiota bucal y la vascularización de la mucosa de la boca; directo, que consigue un efecto inductor de 3 formas: irritación física (debido al calor que se desprende al quemarse), de forma química (como consecuencia de la producción de sustancias irritantes en su combustión) y mecánica (por el contacto reiterativo del cigarro o pipa con la misma zona de la cavidad bucal).^(2,12,13)

No se encontró transformación maligna de la leucoplasia en ninguno de los pacientes. Algunos estudiosos^(13,15) plantean que la tasa de transformación maligna para todos los tipos de leucoplasia bucal oscila entre 1 y 18 %. Esta cifra es más elevada para las formas no homogéneas e incluye la LVP, pues existen factores clínicos, histopatológicos y moleculares relacionados con un mayor riesgo potencial de transformación maligna de una leucoplasia. Dicha transformación maligna puede ocurrir tanto en el sitio de la afección preexistente como en cualquier otra localización de la cavidad bucal o la vía aerodigestiva superior.

Se concluye que la detección temprana de las lesiones del complejo bucal depende de que el paciente sea examinado a tiempo y la enfermedad se diagnostique certeramente para lograr una reducción significativa de la morbilidad y la mortalidad, e incrementar la curación y la supervivencia. Se deben diseñar programas de atención primaria de salud para la población, puesto que sirven de base para futuros estudios de mayor alcance geográfico.

Referencias bibliográficas

1. Rogert Alcolea IA, Milanés Chalet A, Labrada Fernández HC, Carrazana López L, Castillo Aguilar B. Factores de riesgo asociados a las lesiones premalignas en pacientes del consultorio 26. Roberto Reyes. Bayamo. 2016. MULTIMED. 2017 [citado 14/11/2019]; 21 (3). Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/535>
2. Rivero Pérez O, Albornoz López del Castillo CM, de Jesús Nápoles I. Estudio epidemiológico y clinicopatológico de la leucoplasia oral. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2014 [citado 05/05/2016]; 39 (7). Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/170>
3. Carrera Torres A. Viabilidad de la toma de biopsia mediante cureta de tejido blando para el estudio de lesiones clínicamente compatibles con leucoplasia oral [tesis doctoral]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2015 [citado 05/05/2016]. Disponible en: <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/39185/Tesis%20Antonio%20Carrera%20Torres.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Medina Márquez M, Carmona Lorduy M, Álvarez Villadiego P, Díaz Caballero A. Leucoplasia asociada al hábito de fumar invertido. Presentación de un caso clínico. Avances en odontoestomatología. 2015 [citado 05/05/2016]; 31 (4). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v31n4/original2.pdf>
5. Valentín González F, Rodríguez González GM, Conde Suárez HF, Vila Morales D. Intervención educativa sobre el programa de detección del cáncer bucal en estomatólogos generales. Rev. Med. Electrón. 2017 [citado 14/11/2019]; 39 (2): 259-68. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000200011&lng=es
6. Mesa Gómez RA, Díaz Hernández MJ, Aragón Abreu JE, Machado Ramos S, Castañeda Molerio R, Díaz Martí DM. Evaluación de la aplicación del VIMANG® en el tratamiento de la leucoplasia bucal homogénea. MEDICIEGO. 2016 [citado 14/11/2019]; 22 (4). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2016/mdc164d.pdf>

7. Guerra Cobián O, Sarracent Pérez H, Urbizo Vélez J. Lesiones blancas de la cavidad bucal. Concordancia diagnóstica. Rev haban cienc méd. 2014 [citado 14/11/ 2019]; 13 (5): 690-700. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000500006&lng=es
8. Marín Páez W, Veiga Loyola L, Reyes Revilla Y, Mesa González DL. Lesiones bucales en adultos mayores y factores de riesgo. Policlínico "Dr. Tomás Romay", La Habana, Cuba. Rev haban cienc méd. 2017 [citado 14/11/2019]; 16 (5): 770-83. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000500010&lng=es
9. Marsán Suárez V, Valcárcel Llerandi J, Macías Abraham C, Sánchez Segura M, Insua Arregui C, Del Valle Pérez L, et al. Leucoplasia oral en un paciente pediátrico con deficiencia primaria de linfocitos T. Rev. Cubana Hematol Inmunol Hemoter. 2010 [citado 05/05/2016]; 26 (1): 62-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892010000100007
10. Miguel Cruz PA, Niño Peña A, Batista Marrero K, Miguel-Soca PE. Factores de riesgo de cáncer bucal. Rev Cubana Estomatol. 2016 [citado 14/11/2019]; 53 (3): 128-45. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000300006&lng=es
11. Zamora Ugalde MJ. Atlas de patología del complejo bucal. 2017 [citado 14/11/2019]. Disponible en: https://kupdf.net/download/atlas-de-patologia-del-complejo-bucal_59f34e89e2b6f53778378d4f_pdf
12. Sosa M, Mojáiber A, Barciela MC, García M, Rojo M, Morgado DE, et al. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población. La Habana: MINSAP; 2013.
13. Pérez Torres L, Díaz Rojas P, Conde Mengana S, Rivero Manresa Y, Bello Díaz EA. Parámetros morfométricos de la mucosa en pacientes portadores de leucoplasia bucal con displasia epitelial. AMC. 2013 [citado 05/05/2016]; 17 (4): 468-78. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552013000400005

14. Araya C. Diagnóstico precoz y prevención en cáncer de cavidad oral. Rev Méd. Clínica Las Condes. 2018 [citado 05/05/2017]; 29 (4): 411-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-diagnostico-precoz-prevencion-cancer-cavidad-S0716864018300890>

15. Suñé A. Desórdenes potencialmente malignos de cavidad oral. Ciudad de La Plata: Universidad Nacional de La Plata. 2014 [citado 05/05/2017]. Disponible en: <https://studylib.es/doc/5332161/des%C3%B3rdenes-potencialmente-malignos-de-cavidad-oral>

Verificar referencia 16

16. Estrada Pereira GA, Mestre Cabello JR, Díaz Fernández JM. Incidencia de la leucoplasia bucal en pacientes fumadores. 2015 [citado 05/05/2017]. Disponible en: https://scholar.google.com/scholar?q=related:MD7nHGLSygQJ:scholar.google.com/&scioq=leucoplasia+%2B+tabaco+&hl=es&as_sdt=0,5



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).