

**DETERMINACIÓN DE DESORDENES POTENCIALMENTE MALIGNOS EN  
PACIENTES QUE ASISTE A CONSULTA ODONTOLÓGICA EN LA FACULTAD  
DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**



**CARMONA LORDUY MARTHA CECILIA <sup>1</sup>**

**PUPO MARRUGO STELLA <sup>2</sup>**

**ORTIZ PENICHE LISETTE <sup>3</sup>**

**MADRID BELLIO TOMAS <sup>3</sup>**

1. Odontóloga Universidad de Cartagena, Especialista en Estomatología,
2. Odontóloga Universidad de Cartagena, Especialista en Endodoncia
3. Estudiante Facultad de Odontología Universidad de Cartagena

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES PUBLICACIONES**

**CARTAGENA DE INDIAS D.T Y C.  
2021**

<b>TABLA DE CONTENIDO</b>	<b>PAG</b>
1. INTRODUCCION.....	3
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
3. JUSTIFICACION.....	5
4. OBJETIVO.....	5
4.1OBJETIVO GENERAL.....	5
4.2OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	5
5. MARCO TEORICO.....	6
5.1 LEUCOPLASIA.....	8
5.2 LIQUEN PLANO.....	10
5.3 PALATITIS NICOTINICA.....	13
5.4 QUEILITS ACTINICA.....	14
5.5 ERITOPLASIA.....	17
6. METODOLOGIA.....	19
7. RESULTADOS.....	21
7.1 TABLA 1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA POBLACION DE ESTUDIO.....	21
7.2 TABLA 2. CLASIFICACION DE LOS DESORDENES POTENCIALMENTE MALIGNOS EN LA POBLACION DE ESTUDIO.....	22
7.3 FACTORES DE RIESGO QUE POTENCIALIZAN LAS LESIONES EN CAVIDAD ORAL.....	23
7.4 CARACTERISTICAS CLINICAS DE LAS LESIONES.....	23
8. DISCUSION.....	24
9. CONCLUSIÓN.....	26
10. BIBLIOGRAFIA.....	26
11. ANEXOS.....	31

## 1. INTRODUCCION

La Odontología ha pasado por muchas etapas al correr de los años para poder llegar a lo que es hoy. El concepto de solo tratar lo que un paciente aqueja quedó en el pasado ante la aparición de diversos desórdenes orales los cuales pueden desarrollarse bajo silencio clínico, es decir, sin presentar ningún tipo de sintomatología para el paciente (1). La Odontología moderna debe basarse en un principio de prevención constante, donde el clínico debe cumplir protocolos estrictos dentro del examen intraoral, evaluando minuciosamente tanto tejidos blandos como tejidos duros y estar preparado ante la presencia de algún tipo de lesión sospechosa, ya sea para tratarla o derivarla si fuera el caso correspondiente (1,2).

Durante muchos años diversos estudios han mostrado que el cáncer de cavidad oral (CCO) presenta lesiones precursoras que no son consideradas neoplasias, pero, se relacionan con una mayor probabilidad de evolucionar a un cáncer escamoso. Estas lesiones son conocidas como Desórdenes Potencialmente Malignos (DPM). La organización mundial de la salud (OMS), en su última clasificación del año 2017 considera 12 condiciones como DPM. Leucoplasia, Eritroplasia, Eritroleucoplasia, Fibrosis oral submucosa, Disqueratosis congénita, Queratosis del masticador de tabaco, Lesiones palatinas asociadas con hábito de fumar invertido, Candidiasis crónica, Liquen plano, Lupus eritematoso discoide, Glositis sifilítica y Queilitis actínica (2). Los DPM son alteraciones sobre el tejido oral, las cuales pueden asumir características de tumor maligno y

posteriormente transformarse a un cáncer oral en cualquier momento. La causa es multifactorial y dentro de éstas se encuentran los efectos combinados de factores predisponentes y causales exógenos como el tabaco, el alcohol, las infecciones localizadas, el traumatismo por prótesis mal adaptadas, dieta y factores endógenos como la herencia, de los cuales algunos pueden modificarse o evitarse, es decir son prevenibles (3). En el presente estudio se busca determinar las características clínicas de los DPM y así mismo actualizar los conocimientos que tiene el odontólogo general, dando énfasis a datos epidemiológicos, apariencia clínica, sintomatología, diagnóstico diferencial y manejo terapéutico de cada lesión.

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En una revisión sistemática realizada por Warnakulasuriya y colb en 2016, reportó un promedio de 3.5% de progresión de DPM a CCO, donde las variables de mayor influencia en la malignización incluyeron: el género femenino, lesiones combinadas como eritro-leucoplasia, superficies superiores a 200 mm<sup>2</sup>, edad avanzada, y grados altos de displasia (4). La detección temprana por parte de los clínicos y el conocimiento de autoexamen oral por los pacientes son las principales herramientas en el diagnóstico temprano del cáncer oral, esta detección se basa principalmente en un examen clínico visual así como la palpación de la mucosa oral concomitantemente con un diagnóstico clínico diferencial ya que muchas afecciones benignas pueden tener presentaciones clínicas similares (5). Hassona y colb en el

año 2016 describieron que solo un 17.8% de los profesionales de atención primaria (médicos y odontólogos) realizan un examen de cavidad oral rutinario a sus pacientes. Además sugieren que Cambios de coloración, de textura y brillo de la mucosa oral, que se manifiesten clínicamente como presencia de manchas y placas blancas (leucoplasia), rojizos (eritroplasia), superficies opacas con o sin fisuras, leucoplasias, Carcinoma de cavidad oral en borde de lengua, Carcinoma escamoso de encía lingual, sin sintomatología, Test de azul de toluidina al 1% con positividad en zona del tumor posterior al lavado con ácido acético al 1% áreas ulcerativas mayores a 14 días de evolución, lesiones nodulares dolorosas asociadas a alteraciones en la motilidad de la lengua y pérdida de dientes en sitios de alveolos con más de 14 días en proceso de cicatrización, deben ser sugerentes de la toma de una muestra y/o de la evaluación por parte de profesionales capacitados en el diagnóstico de este tipo de lesiones (6).

### **PREGUNTA PROBLEMA**

**¿Cuáles fueron los desórdenes potencialmente malignos más comunes en pacientes que asisten a consulta odontológica en la Universidad de Cartagena Facultad de Odontología?**

### **3. JUSTIFICACION**

Debido a la limitada información que se tiene de esta problemática se ha vuelto indispensable, conocer las características clínicas y determinar aquellas lesiones presentes en cavidad bucal con posible grado de malignización y así generar

estrategias en educación y prevención, Además hay un desconocimiento por parte del personal médico y odontológico que ha impedido minimizar o eliminar los desórdenes potencialmente malignos desencadenando que estos evolucionen a cáncer afectando en un alto porcentaje a las poblaciones jóvenes.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar los Desórdenes Potencialmente Malignos en pacientes que asistieron a consulta Odontológica a la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Establecer las características sociodemográficas de la población de estudio.
- Clasificar los desórdenes potencialmente malignos encontrados en la población de estudio
- Conocer cuáles son los factores de riesgos que potencializan las lesiones en cavidad oral
- Establecer las características clínicas de cada lesión

## **5. MARCO TEORICO**

La Organización Mundial de la Salud, en 1978 clasificaba los tumores de la cavidad oral en lesiones precancerosas y estados precancerosos por ser factores de riesgo para la progresión del cáncer. Pindborg y colaboradores en 1997, con la colaboración de la OMS, plantearon una nueva clasificación en la que ampliaron las

lesiones precancerosas, tanto por su aspecto clínico como histológico, y detallaron las condiciones precancerosas. Incluyeron la leucoplasia, la eritroplasia, la queilitis actínica y el liquen plano oral (7). Más adelante, en el 2005, la OMS, junto con un comité de expertos en Reino Unido, sugirió reemplazar esa terminología por desórdenes potencialmente malignos (DPM). Los definieron como aquellos tejidos alterados morfológicamente en los que es más probable que el cáncer ocurra (8). Este término se emplea para describir las alteraciones morfológicas de la mucosa oral que nos pueden indicar el riesgo de aparición de una neoplasia maligna. En su última clasificación del año 2017, considera 12 condiciones como DPM como Leucoplasia, Eritroplasia, Eritroleucoplasia, Fibrosis oral submucosa, Disqueratosis congénita, Queratosis del masticador de tabaco, Lesiones palatinas asociadas con fumar invertido, Candidiasis crónica, Liquen plano, Lupus eritematoso discoide, Glositis sifilítica, Queilitis actínica. (9)

Los DPM Son relativamente frecuentes, con una incidencia en la población general del 2.5% aproximadamente (10). Las lesiones más significativas de la mucosa oral son la leucoplasia, el liquen plano oral atípico, la eritroplasia y la queilitis actínica. (10) Se han involucrado diversos factores en la etiología de estas lesiones como el tabaco, alcohol, factores locales de tipo dentario y protésico, mala higiene bucal y exposición solar. La detección de los desórdenes potencialmente malignos en un estadio temprano, especialmente aquellos de alto riesgo de transformación, es de gran importancia para prevenir su progresión al cáncer (10).

## **5.1 LEUCOPLASIA**

### **CONCEPTO**

La OMS define la leucoplasia oral como una lesión de predominio blanco que no se puede caracterizar clínica ni patológicamente como ninguna otra enfermedad sin tener en cuenta los criterios histológicos (11). La leucoplasia puede aparecer en cualquier sitio de la cavidad oral y orofaríngea. Históricamente se han propuesto diversas definiciones de leucoplasia desde que la OMS la definió en 1978. Warnakulasuriya en 2018 menciona que la definición más reciente en uso, se refiere a la leucoplasia como "placas predominantemente blancas de riesgo cuestionable, habiendo excluido (otras) enfermedades o trastornos conocidos que no conllevan un mayor riesgo de cáncer". Ejemplos de otras lesiones blancas benignas que deben excluirse para llegar al diagnóstico de leucoplasia oral son la queratosis por fricción (morderse las mejillas), la queratosis de la cresta alveolar, el leucoedema, el nevo esponjoso blanco y los gránulos de Fordyce, que suelen ser de color amarillo (12). La leucoplasia oral puede ser asintomática o mostrar un aspecto clínico benigno que dificulta al odontólogo para diferenciarlo a veces de los trastornos reactivos o inflamatorios (benignos) comunes de la mucosa oral (12).

### **EPIDEMIOLOGIA**

Su incidencia oscila entre el 0,2 % y el 17 % de la población. La distribución por sexo varía según el diferente hábito, aunque puede unificarse en un 3:1, más frecuente en hombres que en mujeres. En los países desarrollados la leucoplasia parece afectar a individuos entre la cuarta y sexta década de la vida. En cuanto a la localización en la que se presenta estudios realizados en India han mostrado que, en sujetos fumadores, en el 85% de los casos las lesiones aparecen en mucosa vestibular o en comisuras bucales (13).



## **ETIOLOGIA:**

En el diagnóstico de una leucoplasia hay que incluir datos etiológicos (tabaco u otro factor asociado o en su ausencia idiopática), datos clínicos (situación, número y tamaño) y datos histopatológicos (displasia o no). La leucoplasia es un desorden potencialmente maligno y su malignización va a depender de diferentes factores. Se consideran factores de malignización: largo tiempo de evolución, edad avanzada, sexo femenino, persistencia de factores etiológicos, localización en cara ventral de la lengua o suelo de boca, gran tamaño (>200mm), formas clínicas no homogéneas, presencia de síntomas, antecedentes de otras neoplasias, aneuploidía de ADN y hallazgo de displasia epitelial (14).

## **HISTOPATOLOGIA:**

Clínicamente se puede subdividir en:

**Leucoplasia de tipo homogéneo:** lesiones predominantemente blancas, uniformes y de superficie lisa o arrugada. El riesgo de transformación maligna es relativamente bajo,

**Leucoplasia de tipo no homogéneo:** conlleva mucho mayor riesgo de transformación maligna. Las variedades no homogéneas incluyen: (15)

**Moteada:** mixta, blanca y roja, pero conservando predominantemente el color blanco. Se ha visto que tiene un gran riesgo de malignidad y se ha denominado eritroleucoplasia. (15)

**Nodular:** crecimientos polipoides pequeños, excrecencias redondeadas rojas o blancas. (15)

**Verrugosa:** aunque habitualmente tiene una apariencia blanca uniforme, su textura verrugosa es la característica que la distingue de la leucoplasia homogénea. Clínicamente no se puede diferenciar de un carcinoma verrugoso. (15)

**La leucoplasia verrugosa proliferativa (LVP)** se caracteriza por una presentación multifocal con leucoplasias simultáneas y múltiples cubriendo un área extensa de la cavidad oral. Es resistente al tratamiento y presenta una tasa elevada de transformación maligna. Es más prevalente entre las mujeres mayores y puede estar asociada o no al hábito tabáquico. (15)

La leucoplasia puede presentar un patrón histopatológico variable, desde una hiperqueratosis sin displasia epitelial, hasta una displasia severa con fenómenos de atrofia o hiperplasia epitelial. (16)

## **TRATAMIENTO**

Lo esencial es que la lesión sea removida en su totalidad junto con un pequeño margen de seguridad tanto en extensión y profundidad. Los estudios revelan que tanto el tratamiento quirúrgico como el no quirúrgico, no siempre son del todo efectivos para prevenir una posible transformación maligna o una reaparición de la lesión. Por este motivo, se le recomienda al odontólogo mantenerse alerta después del tratamiento, es importante realizar controles periódicos semanales o mensuales, dependiendo de la gravedad de la lesión. (17)

## **5.2 LIQUEN PLANO**

### **CONCEPTO**

El liquen plano (LP) es una enfermedad mucocutánea crónica de carácter inflamatorio, recurrente y como tal se puede manifestar en piel, cuero cabelludo, uñas y mucosas (18). Las lesiones de liquen plano suelen presentarse como una red queratótica bilateral de estrías blancas en forma de encaje en la mucosa bucal

y los márgenes laterales de la lengua. El tipo reticular es el tipo más frecuente en la práctica clínica y la mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos. (19)

## **EPIDEMIOLOGIA**

Es una enfermedad que tiene una mayor incidencia entre los 30 y 50 años, sin embargo, es rara en jóvenes y excepcional en niños. Es más frecuente en mujeres en una proporción del 63,67 % y no tiene predilección por razas. (20)

## **ETIOLOGIA**

La etiología del LP es desconocida. No obstante, se atribuye a factores inmunológicos, sin descartar factores agravantes como genéticos, infecciosos, neurológicos y psicológicos (21). Su fisiopatología es de tipo autoinmune mediada por linfocitos T, que afecta al epitelio escamoso estratificado, ocasiona un ataque inmunológico a los queratinocitos basales originado por factores exógenos o endógenos, que desencadenaría una reacción de hipersensibilidad retardada mediada por células (reacción de citotoxicidad). (21).

## **HISTOPATOLOGIA**

Las formas clínicas de LP son: reticular, atrófica, erosiva, placa y ampollar.

- **Reticular:** presenta unas líneas blanquecinas que no se desprenden con el raspado (estrías de Wickham), ligeramente elevadas dispuestas de forma arboriforme o estrellada que se entremezclan dando lugar a un entramado reticular de fondo normal o eritematoso. Suele localizarse en mejillas y vestíbulo, y constituye la forma de aparición más común de la enfermedad. En la mucosa bucal las lesiones suelen ser bilaterales y guardan cierta simetría. Generalmente esta forma es asintomática y de descubrimiento casual. Son las más frecuentes, y es habitual que se asocien con otros tipos

clínicos (erosivo o atrófico). Las estrías de Wickham son el signo clínico fundamental para el diagnóstico de LP. (21)

- **Atrófica:** se presenta como un área rosácea, eritematosa, debida al adelgazamiento del epitelio que transparenta los pequeños vasos sanguíneos de las zonas inflamadas. Al igual que la eritroplasia presenta áreas eritematosas e inflamatorias, por lo que se hace necesario el diagnóstico diferencial. Se localiza fundamentalmente en la lengua en forma de depapilaciones, en la mucosa yugal y en la encía. Cuando se sitúa a nivel gingival recibe el nombre de gingivitis descamativa crónica, afectando a la totalidad de la encía tanto por vestibular como palatino o lingual. Se acompaña de sintomatología más o menos intensa, desde una pequeña sensación urente a auténtico dolor. (21)
- **Ulcerativa o erosiva:** se producen soluciones de continuidad en la mucosa, dando lugar a úlceras crónicas, únicas o múltiples. Se considera que se originan por trauma sobre la forma atrófica debido a la gran fragilidad del epitelio. Con mucha frecuencia presentan lesiones reticulares en la periferia. Se pueden localizar en cualquier zona de la cavidad oral, pero especialmente en la mucosa yugal y en la lengua. También en la encía, mucosa labial y paladar. El paciente en esta situación tiene una sintomatología manifiesta con dolor, a veces intenso, y una gran incapacidad funcional. (21)
- **Placa:** forma poco frecuente, similar a leucoplasia, (por lo que se hace necesario el diagnóstico diferencial con ella), se presenta como lesiones blancas elevadas, no se desprenden con el raspado y con aspecto granuloso y textura ruda. Se localiza más frecuentemente en la lengua y encía, y suele ser bastante rebelde al tratamiento. Se ha sugerido que podría tratarse de una evolución de las formas reticular y atrófica ante la presencia de un factor irritativo como el tabaco. (21)

- **ampollar:** En ocasiones el liquen ampollar puede preceder al erosivo. Su forma de aparición es brusca, caracterizada por ampollas que se rompen rápidamente dejando zonas erosivas muy dolorosas, que pueden interesar mucosas yugales, lengua, labio, encías, pilares. La presencia de restos de techos ampollares le da un aspecto penfigoide. Las ampollas son de ubicación subepitelial.

Entre las principales características histológicas del LPO se encuentran: diferentes grados de ortoqueratosis y paraqueratosis, que se presentan en la superficie epitelial dependiendo del sitio donde se tomó la biopsia; el tamaño del estrato espinoso puede variar, los clavos epiteliales pueden tener la apariencia de dientes de sierra, la degeneración hidrópica es evidente; estas anomalías frecuentemente están acompañadas de un intenso infiltrado de predominio linfocitario T en banda subepitelial. La degeneración de los queratinocitos se puede observar en el área de interfaz entre el epitelio y el tejido conectivo y se conoce como cuerpos de Civatte. (22)

## **TRATAMIENTO**

El tratamiento recomendado para esta lesión es el uso de corticoides tópicos o sistémicos. Los inhibidores de la calcineurina son también recomendados en caso de que exista resistencia a los corticoides. Un seguimiento constante del paciente con liquen plano es primordial para prever la transformación maligna de la lesión que está en un rango de 0,4-5%. (23)

### **5.3 PALATITIS NICOTÍNICA**

#### **CONCEPTO:**

El hábito de fumar invertido (HFI), conocido como tabaquismo invertido, consiste en ubicar el extremo encendido del tabaco o cigarrillo dentro de la boca y al cierre labial el fumador aspira el humo. Cuando el tabaco o cigarrillo se encuentra en la cavidad bucal de forma invertida, puede alcanzar temperaturas hasta de 760 °C. El aire intraoral puede tener temperaturas de hasta 120 °C. La palatitis nicotínica o lesión en paladar de pacientes con HFI es una patología cuyo aspecto clínico es variable. La afectación principal se produce en la región posterior del paladar duro, que adquiere una apariencia queratósica difusa, con irritación a largo plazo de las glándulas salivares. En esta lesión pueden encontrarse numerosas pápulas indoloras ligeramente blanquecinas con centros punteados rojizos. (24)

#### **EPIDEMIOLOGIA**

El hábito de fumar invertido es una específica costumbre en los grupos de bajos recursos económicos, además de que se presenta en las zonas cálidas o tropicales, con mayor frecuencia en las mujeres, especialmente después de la tercera década de vida. (25)

#### **ETIOLOGIA**

El hábito de fumar invertido debe considerarse un indicador potencial de estas lesiones así como alteraciones epiteliales importantes en otros sitios. Es uno de los factores de riesgo más importantes para el progreso al cáncer bucal. Por lo general, se trata de una lesión reversible cuando se suprime el factor causal, pero puede sufrir eventualmente una transformación maligna, por lo que se considera un DPM. (25).

## **HISTOPATOLOGIA**

Dentro de las manifestaciones clínicas, inicialmente se evidencia una reacción de tipo eritematoso, que luego evoluciona a mancha, placa o verrugosidad de color blanco grisáceo en el paladar duro. Está acompañada de pápulas rojas de 1-5 mm de diámetro, con engrosamiento umbilicado focal alrededor de los orificios de salida de los conductos de las glándulas salivales palatinas menores (25).

Histológicamente se caracteriza por un epitelio acantósico hiperqueratinizado. Los conductos salivales pueden presentar metaplasia escamosa y el tejido conjuntivo subyacente puede aparecer con un infiltrado inflamatorio crónico, discreto, atrofia de acinos y cicatriz (25).

## **TRATAMIENTO**

Si bien este trastorno se produce por la exposición crónica al calor y no únicamente por los químicos del cigarro, un consumo y hábito prolongado puede aumentar el riesgo de generar un COCE. Su tratamiento se basa en la suspensión del hábito y controles periódicos (26).

## **5.4 QUEILITIS ACTÍNICA**

### **CONCEPTO**

La queilitis actínica se considera un DPM o una forma incipiente y superficial de carcinoma de células escamosas que afecta el borde del bermellón del labio. Puede presentarse de diversas formas, como, por ejemplo: lesiones blancas no ulceradas, erosiones o úlceras en el labio, mezcla de lesiones blancas y rojas, zonas costrosas, entre otras (27).

## **EPIDEMIOLOGIA**

Afecta principalmente al sexo masculino de raza blanca a partir de la cuarta década de vida y tiene un potencial maligno que oscila entre 11-36%. El 95% de los casos se localizan a nivel del labio inferior, esto se debe a la delgadez de su epitelio y a la falta de melanina y queratina que lo hacen más susceptible ante la exposición de rayos ultravioleta (27).

El grupo de riesgo está representado principalmente por trabajadores que laboran al aire libre (agricultores, obreros, jardineros, etc.), en quienes es imprescindible implementar conductas de prevención primaria que limiten la exposición UV (28).

Es considerado actualmente como un desorden potencialmente maligno, con posibilidad de transformarse en carcinoma escamocelular, riesgo de progresión a malignidad en 10 años de un 6,1% a un 10,2% e incrementándose a un 40 % en pacientes inmunocomprometidos (29).

## **HISTOPATOLOGÍA**

Clínicamente se evidencian áreas secas, fisuradas y con escamas sobre la semimucosa labial inferior, debido a que el labio está más expuesto a la radiación ultravioleta y su epitelio es más delgado pues posee una fina capa de queratina con menor cantidad de melanina (27,28). Algunas veces están acompañados de ampollas características de quemadura en su forma aguda. El labio se observa hipotónico, con descamación de la semimucosa labial y xerosis. Pueden encontrarse áreas atróficas, leucoplásicas, erosiones y costras, con periodos de mejoramiento y recidiva. Puede también presentar dolor y sangrado. Un aspecto relevante es la pérdida del borde bermellón, es decir, no hay una clara separación entre la semimucosa labial y la piel (27,28).

La queilitis actínica se puede clasificar en exfoliativa o descamativa y abrasiva o erosiva, de acuerdo con los hallazgos clínicos. La queilitis exfoliativa se caracteriza



por la presencia de escamas que sangran con facilidad (27,28). La queilitis abrasiva presenta una lesión erosiva rojiza bien delimitada, de aproximadamente 5-10 mm de diámetro, con una superficie brillante y lisa. Tiende a recaer. En algunas ocasiones, hay presencia de costras hemáticas y queilitis fisurada en la que se observan fisuras verticales desde la semimucosa a la mucosa o a la piel (27,28). Histopatológicamente, se presenta una alteración en la maduración del epitelio con atipia citológica variable, mitosis en los distintos estratos, hiperqueratosis orto y paraqueratósica, infiltrado inflamatorio bajo la mucosa y, en algunos casos, elastosis solar (27,28).

## **TRATAMIENTO**

El tratamiento para la queilitis actínica comienza por instruir al paciente a tomar medidas de protección contra los rayos UV, ya sea mediante el correcto uso de protectores solares o utilizando vestimenta adecuada. Se recomienda un manejo farmacológico tópico mediante el uso de 5-fluorouracilo o diclofenaco. Finalmente se puede optar por una intervención quirúrgica incluyendo procedimientos como la crioterapia, ablación con láser, vermilionectomía o terapia fotodinámica (30)

## **5.5 ERITOPLASIA**

### **CONCEPTO**

En el año 1978, la OMS definió a la eritroplasia como “una placa color rojo intenso que no puede ser caracterizada clínica ni patológicamente como ninguna otra enfermedad definible.” Esta definición sigue siendo actual y es aceptada ampliamente (31).

## **EPIDEMIOLOGIA**

La prevalencia de esta entidad se estima en un rango que oscila entre 0.02 y 0.83% con una predilección por el género masculino entre la cuarta y sexta década de la vida. (32)

## **ETIOLOGIA**

La etiología y patogenia de la eritroplasia oral no son del todo conocidas. El tabaco y el alcohol se consideran factores etiológicos importantes en su producción. Otros posibles factores implicados es su desarrollo son: dietas pobres en antioxidantes (como vitaminas C, E y beta-carotenos), exposición ocupacional a carcinógenos, infecciones virales (VPH, entre otros) y factores genéticos y hereditarios.

Los cambios originados en el epitelio mucoso se deben a la acción del tabaco, ya sea por el calor causado durante su combustión o por las sustancias químicas incluidas. La eritroplasia es asintomática, pero por estar asociada al consumo de tabaco y ser, en muchas ocasiones, una de las condiciones iniciadoras en este vicio, puede presentar síntomas como ardentía y sequedad bucal, producidos por el abuso de este nocivo hábito. (31-32)

## **HISTOPATOLOGÍA**

La eritroplasia oral, los autores describen varias características clínicas de la eritroplasia oral, incluidas las lisas, aterciopeladas o granulares. Parece que hay diferentes sitios de predilección, el sitio más común es la mucosa bucal y mucosa palatina. La mayoría de los casos de eritroplasia parecen albergar cierto grado de epitelio, displasia o carcinoma franco (referencia igual). Clínicamente, la lesión se distingue fácilmente de otras lesiones rojas de la mucosa oral, incluidas las atróficas. Lesiones de liquen plano y candidiasis eritematosa, que muestran una Borde difuso, se presenta como un área roja plana o levemente elevada que, al ser raspada, suele sangrar con facilidad. La eritroplasia es la lesión precancerosa más agresiva de

la cavidad oral. Esta afección tiende a situarse profundamente en las superficies epiteliales, en cualquier sitio de la mucosa oral, y posee bordes bien circunscritos o definidos, con una extensión que varía desde milímetros a varios centímetros. (31-32)

Histológicamente se caracteriza por un epitelio acantósico hiperqueratinizado. Los conductos salivales pueden presentar metaplasia escamosa y el tejido conjuntivo subyacente puede aparecer con un infiltrado inflamatorio crónico, discreto, atrofia de acinos y cicatriz (32).

El diagnóstico se realiza por la clínica y debe realizarse siempre una biopsia. La eritroplasia es una lesión con un altísimo potencial de transformación maligna.

## **TRATAMIENTO**

La resección quirúrgica completa será el tratamiento de elección. Esta resección incluye el extirpar la lesión conteniendo displasia epitelial grave o carcinoma in situ. (33)

No se realiza revisión de los demás DPM porque en la población de estudio no se encontraron manifestaciones de ellos en la cavidad bucal de los pacientes.

## **6. METODOLOGÍA:**

Estudio descriptivo, analítico de corte transversal.

### **6.1 POBLACION:**

El total de la población estuvo constituida por 46 individuos que acudieron a consulta odontología en la Facultad de odontología de la universidad de Cartagena de los cuales en 25 se identificaron desordenes potencialmente malignos o sospecha de estos.

## **6.2 CRITERIOS DE INCLUSION**

Se escogieron a los pacientes que presentaron desordenes potencialmente malignos o sospecha de estos, que acudieron a consulta odontológica a la Facultad de odontología de la Universidad de Cartagena. A los cuales se les informo y aclaro cualquier tipo de inquietud sobre el fin de la actividad y aceptaran a través de un consentimiento informado su voluntad de participar en este estudio, no se excluyeron por sexo o edad.

## **6.3 CRITERIOS DE EXCLUSION**

Se excluyeron los pacientes que no presentaron DPM o aquellos pacientes que luego de haber esclarecido el fin de la investigación no aceptaran mediante el consentimiento informado la voluntad de participar en este estudio.

## **6.4 OBTENCION DE DATOS:**

A los pacientes de este estudio se les realizo el diligenciamiento de historia clínica y consentimiento informado, seguido de un examen estomatológico completo teniendo como base la semiotécnica planteada por David Grinspan, siguiendo una secuencia: empezando por la región peribucal que comprende cráneo, cara semimucosa labial y comisuras labiales, la región del cuello que abarca ganglios, glándulas salivales, articulación temporomandibular, piel, glándula tiroides, columna cervical y músculos y la región endobucal que comprende labios, mucosa labial mucosa yugal, paladar duro, paladar blanco, orofaringe, piso de boca, lengua y encías a través de las maniobras semiotécnicas de inspección palpación, percusión y auscultación utilizando espejo bucal, explorador y pinza algodонера, además se recogieron todas las variables de: Edad, sexo, ocupación, nivel educacional, hábitos, higiene bucal, lesiones malignas, desordenes potencialmente malignos, nivel de información acerca de la práctica de fumar invertido, localización de las lesiones, factores sociales y nivel de escolaridad. Este estudio se basó en un análisis descriptivo analítico de corte transversal. Los resultados serán expresados en frecuencia y porcentaje por intermedio del programa SSPS versión 23 IBM.

## 7. RESULTADOS

El grupo de estudio estaba conformado por 25 sujetos diagnosticados con DPM, se comprobó que los sujetos diagnosticados con DPM presentaron manifestaciones bucales como: Queilitis Actínica, Leucoplasia, Liquen Plano, Eritroplasia y Palatitis Nicotínica. Al terminar de recolectar los datos estos fueron organizados y depurados en Microsoft Excel 2013 para Windows, luego analizados e interpretados en el programa estadístico SPSS v 25 IBM. Para buscar asociación entre las variables en estudio se utilizó la prueba exacta de Fisher y un nivel de significancia de  $p < 0,05$ .

### 7.1 Características sociodemográficas de la población de estudio

<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Masculino</b>	12	48%
<b>Femenino</b>	13	52%
<b>Total</b>		100%
<b>Rango edad</b>		
<b>20 a 35</b>	3	12%
<b>36 a 50</b>	10	40%
<b>51 a 70</b>	12	48%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

Tabla: 1 podemos apreciar que de los 25 sujetos diagnosticados con DPM que fueron examinados en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena, la mayoría de los sujetos de estudio fueron de sexo femenino 52% y con lo referente a la edad se puede observar que el rango donde hay más prevalencia de DPM es el rango que equivale a edades entre 51 a 70 año que equivale al 48% de la población de estudio.

## 7.2 Clasificación de los desórdenes potencialmente malignos en la población de estudio

<b>Manifestaciones Bucales</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje %</b>
<b>Palatitis nicotínica</b>	11	44%
<b>Leucoplasia</b>	10	40%
<b>Queilitis actínica</b>	2	8%
<b>Liquen plano</b>	1	4%
<b>Eritroplasia</b>	1	4%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

Tabla: 2 se observa que los 25 pacientes correspondientes al 100% presentaron DPM distribuido de la siguiente forma 11 sujetos que equivalen al 44% presentaron palatitis nicotínica, 10 sujetos que equivalen al 40% presentaron leucoplasia, 2 sujetos que equivalen al 8% presentaron queilitis actínica, 1 sujeto que equivale al 4% presento liquen plano y 1 sujeto que equivale al 4% presentó eritroplasia.

### 7.3 Factores de riesgo que potencializan las lesiones en cavidad oral

<b>FACTOR DE RIESGO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Tabaco</b>	7	28%
<b>Alcohol</b>	8	32%
<b>genético</b>	0	0%
<b>alcohol y tabaco</b>	10	40%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

Tabla: 3 podemos observar que de los 25 pacientes examinados el factor de riesgo que más predominó fue la combinación del tabaco y alcohol siendo un 40%. Así mismo no se apreció ningún factor de riesgo genético.

### 7.4 Características clínicas de las lesiones

<b>LESION ELEMENTAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Placa</b>	19	76%
<b>Mancha</b>	2	8%
<b>Verrugosidad</b>	2	8%
<b>Costras</b>	2	8%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

Tabla: 4 se evidencia que la lesión elemental que predominó fue la placa presentándose en un 76% de la población de estudio.

## 8. DISCUSION

Los desórdenes potencialmente malignos son lesiones mayormente propensas a desarrollar una lesión maligna generalmente por estar expuestos ciertos factores de riesgos dentro de los cuales están el hábito de fumar tabaco, el hábito de fumar invertido y el consumo de alcohol. En este estudio de tipo descriptivo con una muestra de 25 sujetos se encontró que sitio de mayor predilección fue el paladar duro, asociado a la presencia de palatitis nicotínica y al hábito de tabaquismo invertido en un 44% Además de esto, el factor de riesgo de mayor predilección fue el alcohol en conjunto con el tabaco en un 40% a diferencia de un estudio realizado por Vivian Gonzales y colb en el año 2019 donde el factor de riesgo fue el trauma mecánico (34)

En cuanto a las desordenes potencialmente malignas encontradas en nuestros pacientes por orden de frecuencia fueron: palatitis nicotínica (44%), leucoplasia (40%), queilitis actínica (8%), liquen plano (4%), eritroplasia (4%) las cuales fueron también las informadas por Pires F y colb, que coinciden con nuestros resultados, de esta manera podemos observar que los DPM en la actualidad están teniendo una frecuencia elevada en la sociedad. Así mismo tomaron a 40 pacientes como grupo de estudio de los cuales 15 (56 %) fueron trastornos potencialmente malignos: 8 con leucoplasia, (30 %) 4 con eritroleucoplasia (15 %) y 3 con eritroplasia (11 %). No se diagnosticó ningún paciente con paladar del fumador invertido, a diferencia de nuestra investigación donde el desorden que más predominó fue la palatitis nicotínica con 44%. (35)

En cuanto a la edad en un estudio realizado por Moret de González y colbs, la mayor frecuencia fue en el grupo etareo de 46 a 60 años (36) en cambio en nuestro estudio el grupo etareo fue de 51 a 70 años, el género de mayor prevalencia fue el sexo femenino en un 70% al igual que en nuestro estudio donde la prevalencia fue en el sexo femenino, pero en un 52%.(36)



La ausencia de síntomas acompañantes en la mayoría de los pacientes con lesiones potencialmente malignas concuerda con los informes de la literatura, que describen estas lesiones como regularmente asintomáticas por lo que el diagnóstico en numerosas ocasiones suele ser un hallazgo, de ahí que el tiempo de evolución de la lesión resulta incierto (36).

Ahora bien, en este sentido el odontólogo como profesional de la salud tiene la tarea de no solo realizar un buen examen estomatológico que ayude a prevención y progresión de estas lesiones en cavidad oral sino también debe actualizar sus conocimientos sobre DPM, dando énfasis a datos epidemiológicos, apariencia clínica, sintomatología, diagnóstico diferencial y de esta manera poder brindar una noción sobre el tratamiento de las lesiones durante la atención.

## **9. CONCLUSION**

Mediante la atención Odontológica realizada en la facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena, se lograron identificar y diagnosticar DPM. A partir de los resultados obtenidos en el presente estudio se concluye que las características clínicas de los DPM varían dependiente de su progresión. El tabaquismo junto con el consumo de alcohol son factores de riesgo de obligatorio control por los profesionales de la salud ya que muchas de las lesiones bucales se encuentran íntimamente relacionadas con estos hábitos y pueden progresar convirtiéndose en lesiones malignas que comprometan el bienestar del individuo.

Finalmente se ve la necesidad de continuar realizando estudios que evidencien los mecanismos de malignización de los DPM, así como la formación y preparación de los profesionales de salud en esta área, para que vean al paciente de manera integral y así evitar a futuro la aparición de cáncer bucal.

## 10. BIBLIOGRAFIA

1. Iparraguirre Nuñovero MF, Fajardo X, Carneiro E, Couto-Souza PH. Desórdenes orales potencialmente malignos. Lo que el odontólogo debe conocer. REH [Internet]. 28oct.2020 [citado24abr.2021];30(3):216-23. Available from: <http://dx.doi.org/10.20453/reh.v30i3.3826>.
2. Adel k el-naggar, john kc chan, jennifer r grandis, takashi takata, pieter j slootweg, who classification of head and neck tumours, fourth edition, 2017. p. 112-113 DOI: 10.1016/j.humpath.2017.05.014
3. Pedraza Parra, Ramón Alejandro, Stefany Paola. Dieta y alcohol como factores de riesgo para el desarrollo de desórdenes potencialmente malignos y lesiones malignas en la cavidad bucal fase I. Universidad santo tomas. 2016. <http://hdl.handle.net/11634/9583>
4. warnakulasuriya s, ariyawardana a. malignant transformation of oral leukoplakia: a systematic review of observational studies. j oral pathol med. 2016mar;45(3):155-66. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jop.12339> DOI: 10.1111/jop.12339
5. S. Warnakulasuriya. Diagnostic adjuncts on oral cancer and precancer: an update for practitioners. Rev. British dental journal. volume 223 no. 9. november 10 201. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29123318/> DOI: 10.1038/sj.bdj.2017.883
6. hassona y, scully c, shahin a, maayta w, sawair f. factors influencing early detection of oral cancer by primary health-care professionals. j cancer educ. 2016;31(2):285-91. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs13187-015-0823-2> DOI: 10.1007/s13187-015-0823-2
7. Cordoba Polo, M. L., & Tapias Vanegas, T. (2019). Factores de riesgo asociado a desordenes potencialmente malignos en cavidad oral en individuos adultos (Doctoral dissertation, Universidad de Cartagena).
8. Castro, J. L., Gastelum, D. G., Cristóbal, L. E., González, J. C., Carrillo, K. T., López, S. R., & Cornejo, A. D. (2021). Lesiones potencialmente malignas de la cavidad bucal. Ciencia en la frontera, (1). <https://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/cienciafrontera/article/view/3594>
9. Cristóbal Araya. Diagnóstico precoz y prevención en cáncer de cavidad oral. Revista Médica Clínica Las Condes. Volume 29, Issue 4, July–August 2018, Pages 411-418 <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.06.008>
10. Barrios Iglesias, M. I., & De La Espriella Nieves, S. (2019). Desórdenes potencialmente malignos relacionados con el hábito de fumar cigarrillo (Doctoral dissertation, Universidad de Cartagena). URI <http://hdl.handle.net/11227/9466>

11. Arrard VC, Van Der Waal I. A clinical diagnosis of oral leukoplakia ; A guide for dentists. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2018;23(1):59–64 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29274164/> DOI: 10.4317/medoral.22292
12. Warnakulasuriya. clinical features and presentation of oral potentially malignant disorders. *oral and maxillofacial pathology* volume 125, issue 6, p582-590, june 01, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2018.03.011>
13. Serrano H, Dayana et al. Leucoplasia bucal, lesión potencialmente Maligna para el cáncer de cabeza y cuello. *Revista HolCien*, [S.l.], v. 1, n. 1, mar. 2020. ISSN 2708-552X. Disponible en: <http://www.revholicien.sld.cu/index.php/holicien/article/view/8>
14. naggar, adel k, chan, jhon kc, rubin grandis, jennifer, takata, takashi, slootweg, pieter j, who classification of head and neck tumours, fourth edition, 2017. p. 112-113 3 18 araya, cristóbal, diagnóstico precoz y prevención en cáncer de cavidad oral, [rev. med. clin. condes - 2018; 29(4) 411-418] <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.06.008>
15. Tovio eilien, carmona martha, díaz antonio, harris jonathan, lanfranchi hector. expresiones clínicas de los desórdenes potencialmente malignos en cavidad oral. *revisión integrativa de la literatura*. en: *univ odontol*. 2018 ene-jun; vol. 37, nº. 78. 17 DOI <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo37-78.ecdp>
16. Soares, A. B., Perschbacher, K., & Perez-Ordóñez, B. (2018). Oral potentially malignant disorders. *Diagnostic histopathology*,
17. Eville B, Damm D, Allen C, Chi A. *Patología Epitelial*. In: *Patología Oral e Maxilofacial*. 4a ed. Rio de Janeiro: Elsevier Ltd; 2016. p. 349–70. doi:10.1016/j.maxilo.2011.09.005
18. Alrashdan MS, Cirillo N, Mccullough M. Oral lichen planus : a literature review and update. *Arch Dermatol Res*. 2016;308(8):539–51. DOI: 10.1007/s00403-016-1667-2
19. Warnakulasuriya. clinical features and presentation of oral potentially malignant disorders. *oral and maxillofacial pathology* volume 125, issue 6, p582-590, june 01, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2018.03.011>
20. Albornoz López del Castillo Carlos, Zequeira Peña Jorge Luis. Caracterización clínico-histopatológica del liquen plano bucal en las consultas de diagnóstico precoz del cáncer bucal. *AMC* [Internet]. 2012 Ago [citado 2021 Jul 27] ; 16( 4 ): 419-430. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552012000400007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552012000400007&lng=es).
21. ROJAS, Maria Elena Pereda; CARDONA, Yamily González; HERRERA, Luis Wilfrido Torres. Actualización sobre liquen plano bucal. *Correo Científico Médico de Holguín*, 2016, vol. 20, no 3, p. 539-555.
22. Villanueva-Sánchez Francisco Germán, Escalante-Macías Lilia Haidé, Zambrano-Galván Graciela, Cuevas-González Juan Carlos, Maya-García Ixchel Araceli. Liquen plano bucal. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev. alerg. Méx.* 2018 . 424-430. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2448-91902018000400424&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902018000400424&lng=es). <https://doi.org/10.29262/ram.v65i4.342>.

23. Iparraguirre. F, Fajardo X, Carneiro E. Desórdenes orales potencialmente malignos. Lo que el odontólogo debe conocer. Revista Estomatológica Herediana, vol. 30, núm. 3, pp. 216-223, 2020. <https://doi.org/10.20453/reh.v30i3.3826>
24. Tovío Martínez, Eilien Gisek, Carmona Lorduy, Martha Cecilia, Díaz-Caballero, Antonio José, Harris Ricardo, Jonathan, Lanfranchi Tizeira, Héctor E.. Expresiones clínicas de los trastornos potencialmente malignos en la cavidad oral. Revisión integrativa de la literatura. Universitas Odontológica, 37(78), Enero-Junio 2018. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/79651/pdf>
25. Perez Martinez, M. R., & Porto Puerta, I. E. Caracterización epidemiológica de pacientes fumadores invertidos que acuden a la Facultad de Odontología de la universidad de Cartagena, Acta Odontológica Colombia Julio - Diciembre 2019; 9(2) 47 - 58 DOI <https://doi.org/10.15446/aoc.v9n2.79428>
26. Quiñonez L, Ulloa L. Estomatitis nicotínica asociada al hábito de fumar cigarro invertido en paciente ecuatoriana. Acta Odonto Colomb. 2019;9(2):103-111. DOI:<https://doi.org/10.15446/aoc.v9n2.79651>
27. Hernández Osorio Carolina, Fuentes Palma Bernardita, Cartes-Velásquez Ricardo. Queilitis actínica: aspectos histológicos, clínicos y epidemiológicos. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2016 Jun [citado 2021 Jul 24]; 53( 2 ): 45-55. <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/824>
28. warnakulasuriya. clinical features and presentation of oral potentially malignant disorders. oral and maxillofacial pathology] volume 125, issue 6, p582-590, june 01, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2018.03.011>
- 29 Tzika E, Masouyé I, Mühlstädt M, Laffitte E. Ingenol Mebutate for Recalcitrant Chronic Actinic Cheilitis. Dermatology. 2016;232(s1):1–3.
- 30 Iparraguirre. F, Fajardo X, Carneiro E. Desórdenes orales potencialmente malignos. Lo que el odontólogo debe conocer. Revista Estomatológica Herediana, vol. 30, núm. 3, pp. 216-223, 2020. <https://doi.org/10.20453/reh.v30i3.3826>
- 31 Holmstrup P. Oral erythroplakia- What is it? Oral Dis. 2018;24(1–2):138–43. DOI: 10.1111/odi.12709
- 32 Guzman D, Espinosa L. lesiones potencialmente malignas de la cavidad bucal Rev ciencia en la frontera y tecnología de la UAC. 2021;
- 33 Iparraguirre. F, Fajardo X, Carneiro E. Desórdenes orales potencialmente malignos. Lo que el odontólogo debe conocer. Revista Estomatológica Herediana, vol. 30, núm. 3, pp. 216-223, 2020. <https://doi.org/10.20453/reh.v30i3.3826>
- 34 Vivian Gonzales. Evaluación clínico-epidemiológica de trastornos bucales potencialmente malignos en pobladores de Montalvo en Ambato. Revista Cubana de Estomatología, vol. 56, núm. 4, pp. 1-15, 2019
- 35 Pires, F. R., Barreto, M. E. Z., Nunes, J. G. R., Carneiro, N. S., & de Azevedo, A. B. (2020). Desórdenes orales potencialmente malignos: estudio

clínicopatológico sobre 684 casos diagnosticados en la población brasileña. Medicina oral, patología oral y cirugía bucal. Ed. española, 25(4), 239-243. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7559156>

36 Moret de González, Y.N. Prevalencia de lesiones benignas y desórdenes potencialmente malignos que afectan la mucosa bucal en pacientes adultos. Facultad de Odontología. UCV. Acta Odontológica Venezolana Volumen 52, No. 1, Año 2014. Obtenible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/1/art-15/>

## 11. ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

MOTIVO DE CONSULTA:

\_\_\_\_\_

ADENOPATÍAS PRESENTES:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EXAMEN ESTOMATOLÓGICO

REGIÓN PERIORAL:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MUCOSA LABIAL:

LENGUA: (cara dorsal, bordes derechos e izquierdos y cara ventral)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PISO DE BOCA:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TABLA MANDIBULAR INTERNA:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_