

Lesiones precancerosas de la boca

Fecha de la última revisión: 25/05/2012

Índice de contenidos

- 1. [Concepto \(OMS, 1973\)](#)
- 2. [Exploración clínica y diagnóstico](#)
- 3. [Bibliografía](#)
- 4. [Más en la red](#)
- 5. [Autores](#)

Concepto (OMS, 1973)

Lesión precancerosa: se trata de un tejido, en este caso oral, morfológicamente alterado, en el que la aparición de cáncer es más probable que en el tejido equivalente de apariencia normal. Implica reversibilidad y no implica el desarrollo definitivo de neoplasia.

Condición precancerosa: estado generalizado, hábito o enfermedad asociado a un incremento significativo del riesgo de desarrollo de cáncer. No implica la existencia de una alteración clínica perceptible.

Tabla 1. Lesiones y condiciones precancerosas de la boca.	
Lesiones precancerosas	Condiciones precancerosas
Clasificación clínica: - Leucoplasia - Eritroplasia - Queilitis actínica de labio - Queratosis del paladar asociada a fumar invertido	- Liquen plano oral - Fibrosis oral submucosa - Sífilis - Lupus eritematoso discoide (LED) - Xeroderma pigmentosum - Epidermolisis ampollosa - Inmunodeficiencia - Disqueratosis congénita - Enfermedad de Plummer-Vinson
Clasificación histopatológica: - Displasia epitelial - Carcinoma in situ	

La frecuencia de transformación maligna de las lesiones y condiciones orales precancerosas varían y no hay una cifra precisa. Bouquet (1997) ha publicado una estimación aproximada:

Tabla 2. Potencial malignización aproximado.	
Lesión o condición	Potencial de malignización aproximado
Leucoplasia verrucosa proliferativa (LPV)	++++++
Palatitis crónica de los fumadores	++++++
Eritroplasia	+++++
Fibrosis oral submucosa	+++++
Eritroleucoplasia y leucoplasia nodular	++++
Queilitis actínica	+++
Leucoplasia gruesa homogénea	++
Liquen plano (formas no reticulares)	++

El tabaco y la ingesta excesiva de alcohol son los factores de riesgo principales. Los factores nutricionales también están implicados, de hecho el tabaco y el alcohol tienen implicaciones en este aspecto generando desnutrición, aumento de radicales libres e inmunosupresión. Una dieta rica en vitaminas A, E, C y betacarotenos y un sistema inmune competente tienen una actividad fundamental contra el desarrollo de neoplasias.

Sin embargo, la mayoría de los autores coinciden en que la existencia de displasia epitelial es el más importante factor de riesgo en la transformación maligna.

Exploración clínica y diagnóstico

Las neoplasias orales constituyen alrededor del 2-3% de las neoplasias del organismo. La mayoría son epidermoides. Suelen estar precedidas (¡no siempre!) durante meses o años por una lesión precancerosa clínicamente visible blanca (leucoplasia) o roja (eritroplasia).

La detección precoz de lesiones precancerosas y del cáncer de boca permite reducir el número de tratamientos rutilantes, mejorar los porcentajes de curación y la calidad de vida de los pacientes. La base es una buena anamnesis y un examen clínico con exhaustiva inspección visual y palpación en todos los pacientes con

lesiones sospechosas y factores de riesgo.

Exploración física: labios, mucosa oral y lengua (traccionando de la lengua con ayuda de una gasa para poder examinar el fondo y los laterales de la misma).

Valorar las siguientes características:

- Aspecto: signos de atrofia, grado de hidratación.
- Coloración: uniforme o no.
- Si existe algún tipo de lesión: color, tipo, forma, consistencia (quística, infiltrante) y localización.

Toda lesión clínicamente sospechosa de ser premaligna debe ser biopsiada y realizarse un estudio histopatológico tanto para confirmar la existencia de la lesión como para comprobar la existencia de displasia epitelial y su gradación, lo que determinará la conducta a seguir. Todas deben ser vigiladas periódicamente por el cirujano oral y maxilofacial ante su posible desarrollo hacia una neoplasia.

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

Antes de instaurar cualquier tipo de tratamiento es necesario haber realizado un estudio histopatológico de la lesión para descartar malignidad y determinar si hay displasia y el grado de la misma.

La situación más deseable sería la extirpación de todas aquellas leucoplasias que persisten tras la eliminación de los posibles factores etiológicos.

Leucoplasia

Placa de color blanco no diagnosticada como ninguna otra enfermedad (OMS).

Es la más frecuente (el 85% de todas las precancerosas). Se sitúa principalmente en la lengua, zona retrocomisural y yugal. Es asintomática, puede dar una ligera sensación de ardor a veces, pero nunca dolor. El riesgo de malignización oscila entre 3-20% y es mayor cuanto mayor tamaño, menor homogeneidad en su aspecto, mayor tiempo de evolución, sin causa aparente, y localización en el suelo de la boca o en la lengua (Bagan, 1996; Scully, 1993; Axell, 1986).

Eritroplasia

Placa roja, brillante y aterciopelada no diagnosticada como ninguna otra enfermedad (OMS 1994).

A veces se asocia a la leucoplasia. Suele tener límites bien definidos y es asintomática. Más frecuente en la mucosa yugal. Tiene un alto porcentaje de malignización, muchos autores la consideran un auténtico carcinoma in situ.

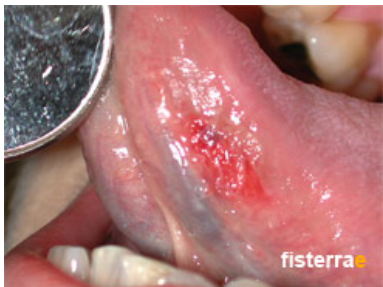


Figura 1

Quelitis actínica

Afecta casi exclusivamente al labio inferior. Relacionada con la exposición solar, no está claro el papel del tabaco. Aparece como una lenta progresión desde una pequeña área seca, fisurada y escamosa en el bermellón labial, acompañada a veces de vesículas. Puede aparecer dolor y sangrado.



Figura 2



Figura 3

Liquen plano oral

De etiología desconocida, es una inflamación crónica que afecta a piel y mucosas.

Prevalencia en torno al 2% de la población general. Es más frecuente en la mucosa yugal y casi siempre es bilateral (Eisenberg, 1999). Hay varios tipos: reticular, popular, en placas, atrófico, erosivo y buloso (Andreasen, 1968).

La más frecuente es la forma reticular consistente en líneas blanquecinas estrelladas y asintomáticas en la mucosa yugal. Las formas erosivas pueden dar molestias y dolor. A veces se acompañan de lesiones cutáneas priginosas.

Otras lesiones: Lesiones de mordisqueo

Aunque no se consideran lesiones precancerosas, el trauma constante sobre la mucosa oral (prótesis mal ajustadas, aristas cortantes de dientes, etc.) puede desencadenar lesiones malignas. Por lo tanto, deben ser valoradas por el cirujano.



Figura 4

Bibliografía

- Kirby P, Dunne A, King DH, Corey L. Double-blind randomized clinical trial of self-administered podofilox solution versus vehicle in the treatment of genital warts. Am J Med. 1990;88(5):465-9. PubMed [PMID: 2186623](#)
- Lowy DR, Androphy EJ. Warts. En: Fitzpatrick’s dermatology in general medicine. 5ª ed. New York: McGraw Hill; 1999. p. 2484-97.
- Syed TA, Hadi SM, Qureshi ZA, Ali SM, Kwah MS. Treatment of external genital warts in men with imiquimod 2% in cream. A placebo-controlled, double-blind study. J Infect. 2000;41(2):148-51. PubMed [PMID: 11023759](#)
- Wiley DJ. Genital warts. Clin Evid. 2002;(8):1620-32. PubMed [PMID: 12603959](#)
- Workowski KA, Levine WC. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. MMWR 2006 Aug 4;55 (RR11); 1-94. [Texto completo](#)
- Cruz GD, Ostroff JS, Kumar JV, Gajendra S. Preventing and detecting oral cancer. Oral health care providers' readiness to provide health behavior counseling and oral cancer examinations. J Am Dent Assoc. 2005;136(5):594-601; quiz 681-2. PubMed [PMID: 15966646](#). [Texto completo](#)
- Amagasa T, Yamashiro M, Uzawa N. Oral premalignant lesions: from a clinical perspective. Int J Clin Oncol. 2011;16(1):5-14. PubMed [PMID: 21225307](#)

Más en la red

Mehrotra R et al. Exciting new advances in oral cancer diagnosis: avenues to early detection. Head Neck Oncol. 2011 Jul 28;3:33. Review. PubMed [PMID: 21798030](#) ; [Texto completo](#)

Nair DR et al. Oral cancer: Premalignant conditions and screening--an update. J Cancer Res Ther. 2012 Jan;8 Suppl 1:S57-66. PubMed [PMID: 22322734](#)

Palmer O et al. Oral cancer detection. Dent Clin North Am. 2011 Jul;55(3):537-48, viii-ix. PubMed [PMID: 21726688](#)

Seoane J et al. Cuesta T, Varela-Centelles P. The use of clinical guidelines for referral of patients with lesions suspicious for oral cancer may ease early diagnosis and improve education of healthcare professionals. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011 Nov 1;16(7):e864-9. PubMed [PMID: 21743432](#)

Autores

María Pombo Castro *	MIR de Cirugía Oral y Maxilofacial
Esther Charro Huerga **	Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial
Jorge Arenaz Búa	Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial
Inés Vázquez Mahia*	Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial

* Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.
** Hospital de la Ribera. Valencia.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

