

Desórdenes orales potencialmente malignos

Situación actual del conocimiento.

16



**DR. MIGUEL
ÁNGEL
GONZÁLEZ
MOLES**

Facultad de
Odontología.
Universidad de
Granada.

**Dr. Pablo Ramos
García**
Facultad de
Odontología.
Universidad de
Granada.

**Dr. Saman
Warnakulasuriya**
WHO Collaborating
Centre for Oral
Cancer. Londres.
Oral Medicine
Department, King's
College London.
Londres.

En el año 2020, el Centro Colaborativo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el estudio del Cáncer Oral (King's College, Londres) organizó un Simposio de Expertos sobre desórdenes orales potencialmente malignos (DOPM), a través de un grupo de trabajo constituido por especialistas en Medicina Oral, patólogos de cabeza y cuello e investigadores de renombre, procedentes de Reino Unido, EEUU, Brasil, España, Portugal y Australia, con el objetivo de presentar un informe de consenso actualizado sobre la nomenclatura y la clasificación de los DOPM.

Como resultado del grupo de trabajo, se ha definido DOPM como «cualquier anomalía de la mucosa oral que se asocia con un riesgo estadísticamente mayor de desarrollar cáncer oral». En base a los

resultados del informe de consenso, actualmente deben considerarse como DOPM la leucoplasia oral, leucoplasia verrugosa proliferativa, liquen plano oral, eritroplasia, fibrosis submucosa oral, queilitis actínica, lesiones palatinas en fumadores reversos, lupus eritematoso oral y disqueratosis congénita. El presente trabajo de revisión constituye un documento de difusión, dirigido al personal que tiene relación con la práctica de la Odontología, con el objetivo de dar a conocer los aspectos más relevantes y actualizados de los DOPM, para mejorar su conocimiento e intentar prevenir el desarrollo de cáncer oral, mejorar su diagnóstico precoz y las tasas de supervivencia de esta relevante enfermedad.

INTRODUCCIÓN

En febrero del año 2020 se celebró en Glasgow una reunión de un

«Los DOPM incluyen un grupo de lesiones que implican un riesgo significativamente mayor de desarrollar cáncer de labio y cavidad oral»



Freepik/Nensuria.

grupo de expertos internacionales, entre los que se encontraban tres españoles (José Manuel Aguirre Urizar, José Vicente Bagán Sebastián y Miguel Ángel González Moles), convocado por el profesor Saman Warnakulasuriya (King's College, Londres), como responsable del grupo colaborativo de la OMS para el estudio del cáncer oral, con el propósito de revisar los avances en el conocimiento y los cambios recientes en la comprensión de los desórdenes orales potencialmente malignos (DOPM) (1).

Los DOPM son un grupo significativo de trastornos de la mucosa que pueden preceder al desarrollo del carcinoma oral de células escamosas (COCE) (2). La importancia de estas patologías se pone de manifiesto en una actualización reciente sobre el tema que encontró al menos 750 publicaciones sobre DOPM (3), aunque también señaló considerables discrepancias en la definición de estos trastornos, lo que genera confusión y lastra la generalización de conceptos que faciliten el diagnóstico de estas lesiones y las actitudes que han de tomarse para su manejo. Los DOPM incluyen un grupo de lesiones que implican un riesgo significativamente mayor de desarrollar cáncer de labio (C00) y cavidad oral (C02-C06) (2).

Los DOPM representan «campos» en la mucosa oral y orofaríngea que tienen aspectos clínicos que permiten su sospecha y en los que, la experiencia clínica y la investigación, han demostrado que en algunos casos pueden concluir con el desarrollo de un cáncer. Por lo tanto, el tejido afectado tiene un incremento de potencial de desarrollo de cáncer. Algunos hechos soportan

«Los DOPM se refieren a cualquier anomalía de la mucosa oral que se asocia con un riesgo mayor de desarrollar cáncer oral»

esta idea. A saber, algunas de estas lesiones (sobre todo manchas blancas y rojas) aparecen frecuentemente en los márgenes de carcinomas orales. Asimismo, algunos de estos tejidos desarrollan alteraciones histológicas –displasia epitelial– que predisponen al desarrollo de cáncer oral y en algunos DOPM se identifican alteraciones moleculares similares a las que aparecen en el cáncer oral. Finalmente, el seguimiento de estos DOPM ha demostrado que algunos de ellos terminan desarrollando carcinomas. También es importante reconocer que COCE puede presentarse sin que el paciente o un médico hayan sido conscientes de una mucosa clínicamente alterada precedente en el sitio del tumor.

Esta revisión es un documento de difusión, dirigido al personal que tiene relación con la práctica de la Odontología, en cualquiera de sus campos, cuyo objetivo es dar a conocer los aspectos más relevantes y actualizados de los DOPM para mejorar su conocimiento y así intentar prevenir el desarrollo del cáncer oral y mejorar su diagnóstico precoz y las tasas de supervivencia de esta relevante enfermedad.

Conceptos

El grupo de trabajo ha definido

DOPM como «cualquier anomalía de la mucosa oral que se asocia con un riesgo estadísticamente mayor de desarrollar cáncer oral» (1). La *tabla 1*, tomada literalmente de la publicación en Oral Diseases (1) que presentó los resultados del consenso, recoge los DOPM que deben ser considerados como tales actualmente, y sus definiciones.

Tipos de DOPM

• Leucoplasia oral

Se trata de uno de los DOPM más frecuentemente diagnosticados y mejor conocidos. La definición de leucoplasia respaldada en este consenso es la siguiente: «una placa predominantemente blanca de la mucosa oral que implica un riesgo de desarrollo de cáncer oral a cuyo diagnóstico –clínico– se llega una vez se han excluido otras lesiones blancas de la mucosa oral que no implican un riesgo de desarrollo de cáncer oral» (1).

Para la consideración de una lesión blanca como una leucoplasia han de tenerse en cuenta algunas consideraciones (1).

En este sentido, debe tratarse de una placa blanca que no se puede eliminar al raspar la lesión. Las lesiones pueden ser homogéneamente blancas, en cuyo caso suelen presentar bordes bien delimitados; o pueden aparecer como lesiones mixtas (rojas y blancas), que podrían presentar márgenes más difusas (4).

Asimismo, no debería existir la posibilidad de una causa traumática; en caso de que el clínico sospeche una posible etiología traumática debe identificar el agente agresor (diente, prótesis...), eliminarlo y revisar al paciente en una o dos semanas; la desaparición de la lesión elimina

Desorden	Definición
Leucoplasia	Una placa predominantemente blanca de riesgo cuestionable tras haber excluido (otras) enfermedades o trastornos conocidos que no conllevan un mayor riesgo de cáncer
Leucoplasia Verrucosa Proliferativa (PVL)	Trastorno progresivo, persistente e irreversible, caracterizado por la presencia de leucoplasias múltiples que, con frecuencia, se vuelven verrugosas
Eritroplasia	Un parche predominantemente rojo que no se puede caracterizar clínica o patológicamente como cualquier otra enfermedad definible
Fibrosis submucosa oral (FSO)	Una enfermedad crónica e insidiosa que afecta a la mucosa oral, que inicialmente resulta en la pérdida de la fibroelasticidad de la lámina propia y, a medida que avanza la enfermedad, da lugar a la fibrosis de la lámina propia y la submucosa de la cavidad oral junto con atrofia epitelial
Líquen plano oral (LPO)	Un trastorno inflamatorio crónico de etiología desconocida con recidivas y remisiones características, que presenta lesiones reticulares blancas, acompañadas o no de áreas atróficas, erosivas y ulcerativas y/o de tipo placa. Las lesiones suelen ser bilateralmente simétricas. La gingivitis descamativa puede ser una característica
Queratosis actínica (queilitis actínica) (QA)	Un trastorno que resulta del daño solar y afecta a las áreas expuestas de los labios, más comúnmente el borde bermellón del labio inferior con una presentación variable de áreas atróficas y erosivas y placas blancas
Lesiones palatinas en fumadores reversos	Manchas blancas y/o rojas que afectan al paladar duro, frecuentemente manchadas de nicotina, en fumadores reversos
Lupus eritematoso oral (LE)	Una enfermedad autoinmune del tejido conectivo que puede afectar el labio y la cavidad oral, donde se presenta un área eritematosa rodeada de estrías blanquecinas, con frecuencia con una configuración en diana
Diskeratosis Congenita (DC)	Un raro síndrome de insuficiencia de médula ósea hereditaria propenso al cáncer causado por una biología aberrante de los telómeros. Se caracteriza clínicamente por la presencia de la tríada diagnóstica de uñas displásicas, pigmentación reticular cutánea y leucoplasia oral
Epidermólisis Bullosa Oral (EB)	Trastorno grave de la fragilidad epidérmica asociado con ampollas inducidas por trauma, cicatrización progresiva de tejidos blandos y mayor riesgo de cáncer epidérmico

Tabla 1. Definiciones recomendadas para DOPM.

«Los DOPM representan “campos” en la mucosa oral y orofaríngea que tienen aspectos clínicos que permiten su sospecha»

la posibilidad de diagnóstico de leucoplasia. Las leucoplasias no desaparecen cuando se tracciona y estira el tejido. Para llegar al diagnóstico de leucoplasia deben excluirse, como se ha comentado, otras lesiones blancas que no tienen potencial de evolucionar a cáncer. Las lesiones blancas a excluir, aparecen en la *tabla 2* tomada de Oral Diseases (1).

Puesto que el agente causal más importante de la leucoplasia oral es el consumo de tabaco, una actitud prudente en leucoplasias de fumadores es la eliminación de consumo de tabaco y la revisión de estos pacientes. Así, muchas de estas lesiones desaparecen con este proceder. El diagnóstico de leucoplasia requiere la biopsia de la lesión esencialmente con el objetivo de evaluar la presencia de displasia y su severidad, ya que este es el factor que más condiciona el riesgo de desarrollo de cáncer en la lesión (5); además, debe tenerse en consideración que algunos carcinomas incipientes se presentan como manchas blancas y, en este sentido, la biopsia también es imprescindible.

El odontólogo generalista, si no se considera con la formación suficiente en este tipo de desórdenes, debería

remitir a los pacientes al especialista en Medicina Oral o al cirujano maxilofacial para el manejo de estas lesiones. Las *figuras 1-5* presentan imágenes de leucoplasia oral y lesiones relacionadas.

• Leucoplasia verrugosa proliferativa

La leucoplasia verrugosa proliferativa (LVP) es uno de los DOPM más relevantes como consecuencia de su enorme tendencia a la malignización. LVP se presenta como placas blancas multifocales que se extienden ampliamente sobre la superficie de la mucosa oral (6); en algunas áreas pueden desarrollar zonas engrosadas, ocasionalmente con aspecto verrugoso. Es posible encontrar áreas rojas discretas.

La LVP afecta más a mujeres en edades avanzadas y es llamativa la ausencia de factores causantes relacionados con el desarrollo de la enfermedad; esencialmente, las pacientes suelen ser no fumadoras y no bebedoras (7).

En los últimos años se ha documentado que algunos casos de LVP comienzan a desarrollarse a partir de lesiones que recuerdan notablemente al liquen plano oral (8), aunque actualmente se desconoce el alcance clínico y pronóstico de esta eventualidad.

La LVP destaca por su enorme tendencia a la transformación maligna. La investigación actual señala que en torno al 50% de los pacientes con LVP desarrollarán cáncer (9). Es llamativa también la notable tendencia de esta lesión al desarrollo de carcinomas múltiples (10).

El diagnóstico de la lesión es esencialmente clínico y está dificultado por el hecho de que, al tratarse de una lesión de

Entidades normales y patológicas	Características de diagnóstico
Nevus esponjoso blanco	Se observa en los primeros años de vida, antecedentes familiares, las lesiones están en toda la boca; la mucosa genital puede estar afectada
Queratosis friccional*	Historia de fricción u otro trauma mecánico, principalmente a lo largo del plano oclusal. Una causa etiológica aparente, en la mayoría de los casos reversible al eliminar la causa
Mordisqueo de labio, comisuras o mucosa yugal (morsicatio buccorum)	Hábito conocido de mordisqueo de los labios, comisuras y/o mucosa yugal; escamas blanquecinas irregulares con contorno dentado
Lesiones químicas	Antecedentes conocidos de exposición a un producto químico (por ejemplo, un comprimido de aspirina o un agente cáustico, como hipoclorito de sodio). El sitio de la lesión coincide con el lugar de la lesión química, dolorosa. Se resuelve rápidamente
Liquen plano oral	Pápulas blancas con líneas de aspecto reticular en la superficie de una mucosa inflamada de forma variable. También puede presentarse como gingivitis descamativa. El tipo en placa puede ser difícil de distinguir de la leucoplasia oral
Candidiasis aguda pseudomembranosa**	Generalmente extendida. La membrana blanca se puede raspar, dejando a veces al descubierto una huella eritematosa. Asociada a causas subyacentes locales o sistémicas (por ejemplo, inmunodeficiencia)
Candidiasis hiperplásica crónica	Mancha adherida blanca o blanca y roja causada por una infección fúngica crónica, habitualmente por <i>Candida albicans</i>
Leucoedema	Bilateral en mucosas bucales y desaparece al estirar (traccionar). Predilección entre algunos grupos raciales
Gránulos de Fordyce	Pápulas circulares de color beige de <1 mm de diámetro, elevadas y claramente delimitadas de la mucosa de revestimiento circundante normal
Injerto de piel	Historia conocida de un injerto de piel
Leucoplasia vellosa	Queratosis bilateral con estrías verticales, más frecuente en los bordes laterales de la lengua, pero puede afectar focalmente a otras zonas mucosas, especialmente en zonas no queratinizadas. Antecedentes positivos de inmunosupresión por VIH o fármacos, estos últimos a menudo tras un trasplante de órganos o el uso de inhaladores de esteroides de alta potencia.
Estomatitis nicotínica (leukokeratosis nicotina palati o paladar del fumador)	Paladar blanco grisáceo con puntos rojos (glándulas mucosas menores inflamadas). Historia de tabaquismo
Estomatitis urémica	Placas blancas, bien delimitadas, adherentes, compuestas de exudado fibrinoso con algunas células epiteliales descamadas. Historia de enfermedad renal

* Se utilizan varios términos para designar las manchas blancas inducidas por trauma: la queratosis friccional generalmente aparece como un parche con bordes difusos; cuando se encuentra en las crestas alveolares, se conoce como queratosis de la cresta alveolar; una línea blanca a lo largo del plano oclusal se conoce como línea alba buccalis; Morsicatio buccorum es una condición caracterizada por irritación o lesión crónica de las comisuras y/o de la mucosa bucal, causada por masticación, mordedura o mordisqueo repetitivos; ninguno de estos debe caracterizarse como leucoplasia oral.

** La candidiasis pseudomembranosa aguda suele ser una infección generalizada y distintiva de la mucosa oral y, en ocasiones, orofaríngea, y debe diferenciarse fácilmente de la leucoplasia oral.

Tabla 2. Otras lesiones y trastornos blancos que deben excluirse en base a las características clínicas antes de considerar un diagnóstico clínico de leucoplasia oral.



Figura 1. Leucoplasia homogénea gingival.



Figura 2. Leucoplasia homogénea de la mucosa yugal. La presencia de fisuras y pliegues no le quita a la lesión el carácter de homogeneidad.



Figura 3. Eritroleucoplasia del borde lateral de la lengua. Entre los factores de riesgo de transformación maligna se encuentran el aspecto no homogéneo de la lesión y la localización en borde lateral de la lengua. Esto hace de esta leucoplasia una lesión altamente preocupante. De hecho, la flecha negra señala un área de carcinoma incipiente.



Figura 4. Leucoplasia homogénea del borde lateral de la lengua en la que se aprecia una ulceración de fondo irregular, granular, que representa un carcinoma oral de células escamosas.



Figura 5. Eritroleucoplasia del borde lateral de la lengua en la que la biopsia demostró la presencia de un carcinoma incipiente. El 12% de los carcinomas orales en sus fases iniciales se manifiestan como lesiones blancas.



Figura 6. Área de leucoplasia verrugosa proliferativa en la que se ha desarrollado un carcinoma verrucoso.



Figura 7. El mismo paciente con lesiones vestibulares neoplásicas. Los pacientes con leucoplasia verrugosa proliferativa presentan una notable tendencia al desarrollo de carcinomas múltiples.

instauración progresiva en el tiempo, es habitual que en las fases iniciales de la evolución no se disponga de datos clínicos suficientes para su diagnóstico (6).

La presencia de lesiones extensas, multifocales, localizadas esencialmente en encías y paladar (aunque pueden afectar a cualquier área), en mujeres de edad y en ausencia de factores de riesgo (tabaco y alcohol), son hechos determinantes para el diagnóstico (6).

La biopsia, que frecuentemente ha de ser repetida en varias ocasiones en diferentes momentos de la evolución, es necesaria para evaluar la presencia de displasia y para descartar el desarrollo de cáncer en algunas áreas de la lesión. Es necesaria la experiencia en la evaluación de estas lesiones para la selección de las áreas a biopsiar. La extirpación de la lesión, cuando su extensión lo permite, debería intentarse, aunque las recidivas son extraordinariamente comunes. Con esta perspectiva, el seguimiento periódico de los pacientes por personal entrenado es esencial para el control de la enfermedad. Las *figuras 6 y 7* representan diferentes casos de LVP.

• Eritroplasia

La eritroplasia es un DOPM igualmente muy relevante como consecuencia de la enorme tendencia al desarrollo de cáncer de esta lesión. La eritroplasia se define como una lesión roja aterciopelada de límites bien definidos que no se puede caracterizar clínicamente como ninguna otra enfermedad (1, 2).

Algunas lesiones orales pueden ser confundidas con eritroplasias; entre las más comunes se encuentra la candidiasis eritematosa, que

curso con lesiones más extensas, de límites imprecisos y se desarrolla en pacientes con factores predisponentes (edad avanzada, diabetes, prótesis desajustadas).

La *tabla 3*, tomada de Oral Diseases (2), recoge los principales diagnósticos diferenciales de los DOPM, incluyendo la eritroplasia.

Debe considerarse que la mayoría de las eritroplasias presentarán en su estudio histológico displasia epitelial, frecuentemente severa, o habrán desarrollado carcinomas *in situ* o serán ya carcinomas microinvasores o francamente invasores (11).

De hecho, hoy sabemos que el signo clínico más habitual del carcinoma oral precoz es la presencia de un área eritroplásica. Por tanto, el hallazgo de una eritroplasia es un hecho altamente preocupante que no admite ninguna demora en su diagnóstico y en su tratamiento definitivo. La biopsia es obligatoria, y el tratamiento requiere la extirpación quirúrgica de la lesión y el seguimiento del paciente. La posibilidad de que una eritroplasia sea la manifestación clínica de un carcinoma oral precoz aconseja que la extirpación se realice por personal adiestrado con márgenes de seguridad. Las *figuras 8 y 9* representan casos de eritroplasias orales.

• Liquen plano oral

Se trata de un proceso muy común en cavidad oral. El liquen plano oral (LPO) afecta a un 1% de la población general, siendo esta enfermedad algo más frecuente en Europa. A partir de los 40 años, el riesgo de padecer LPO se incrementa significativamente (12).

El LPO se considera actualmente como una enfermedad autoinmune y, por tanto, crónica e incurable,

Desorden	Síntomas	Presentación clínica	Condiciones clínicas a excluir en el diagnóstico
Leucoplasia oral	Generalmente asintomática Algo de incomodidad	Leucoplasia homogénea: uniformemente blanca, plana y delgada, con una superficie lisa que puede mostrar fisuras poco profundas. No se puede raspar. Leucoplasia No Homogénea: (subtipos) Leucoplasia nodular: pequeños crecimientos polipoides o redondeados, excrecencias rojas o blancas. Leucoplasia verrucosa: superficie elevada, exofítica, rugosa u corrugada Eritroleucoplasia: Mixto, blanco y rojo (moteada), pero conservando un carácter predominantemente blanco. Los márgenes pueden ser irregulares	Nevus esponjoso blanco Queratosis friccionales, incluida la queratosis de la cresta alveolar Lesiones químicas Infección crónica por candida Leucoedema Gránulos de Fordyce Injerto de piel Leucoplasia vellosa Leucokeratosis Nicotina Palati (palatitis nicotínica) Lesiones del VPH, por ejemplo, condilomas/ verrugas Lengua geográfica/Erythema Migrans Liquen plano o lesiones liquenoides
Eritroplasia oral	Incomodidad, hormigueo y sensibilidad al tacto, bebidas calientes o alimentos picantes	Un parche rojo localizado con márgenes bien definidos y una superficie mate	Candidiasis eritematosa Estomatitis por prótesis Erythema migrans Trastornos erosivos e inflamatorios/ infecciosos Gingivitis descamativa Lupus eritematoso discoideo Liquen plano erosionado Penfigoide Pénfigo vulgar Hamartomas vasculares Neoplasias vasculares
Leucoplasia verrucosa proliferativa	Algo de incomodidad	Múltiples placas blancas gruesas en más de dos sitios orales diferentes, que se encuentran con frecuencia en encía, procesos alveolares y paladar. La mayoría presenta un patrón verrucoso. Las lesiones se propagan y se unen durante el desarrollo. Recurrencia en un área tratada previamente	Liquen plano (particularmente en las primeras etapas)
Líquen plano oral	Asintomático La forma erosiva es dolorosa	Principalmente líneas blancas o como una placa blanca Reticular: líneas blancas en forma reticular Lineal, anular: varias presentaciones como líneas o anillos Papular: puntos blancos Tipo placa: placa blanca Atrófico, erosivo y ulcerativo: rojo y ulcerado Buloso: ampollar	Reacciones orales liquenoides de hipersensibilidad de contacto Reacciones orales liquenoides a fármacos Lesiones liquenoides por consumo de betel Penfigoide membran mucoso Liquen plano penfigoide Estomatitis crónica ulcerativa Enfermedad crónica injerto contra huésped Liquen escleroso Lupus eritematoso oral Leucoplasia verrucosa proliferativa
Fibrosis submucosa oral	Sensación de ardor a la comida picante Más tarde, apertura de boca restringida	Blanqueamiento de la mucosa oral Marcada pérdida de las papilas linguales Bandas fibrosas Movilidad limitada de la lengua (rigidez) Úvula encogida o deformada Limitación de la apertura de la boca Mucosas yugales hundidas	Esclerodermia

Tabla 3. Presentaciones clínicas y diagnóstico diferencial de algunos OPMD comunes y trastornos añadidos recientemente.



Figura 8. Paciente con eritroplasia del borde lateral de la lengua. El estudio histológico demostró la presencia de un carcinoma microinvasor.



Figura 9. Paciente con una lesión roja sobreelevada en el borde lateral de la lengua. El estudio histológico demostró la presencia de un carcinoma francamente invasor.

aunque controlable en sus síntomas con un tratamiento con corticoides tópicos (13).

La manifestación clínica esencial del LPO es la presencia de lesiones blancas con aspecto reticular o lineal, a veces papular (14), que pueden aparecer en cualquier zona de la mucosa oral, aunque son especialmente frecuentes en las mucosas yugales.

Las lesiones de LPO son frecuentemente, aunque no necesariamente, bilaterales (15). En aproximadamente el 50% de los enfermos aparecen, junto a estas lesiones típicas, también áreas eritematosas/atróficas y áreas erosivas (12). Es menos habitual que aparezcan lesiones en forma de placas blancas que recuerdan a leucoplasia. La afectación gingival por LPO cursa en forma de gingivitis descamativa, esto es, lesiones eritematosas, a veces erosivas en las encías, que se extienden más allá del cuello de los dientes y que no deberían ser confundidas con gingivitis por placa bacteriana (12).

La gingivitis descamativa puede aparecer también como consecuencia de otros procesos autoinmunes que afectan a la cavidad oral, entre los que se encuentran el penfigoide membranoso, el pénfigo vulgar y el lupus eritematoso, entre otros (16).

Las formas atróficas y erosivas del LPO suelen ocasionar síntomas, a veces intensos, en forma de dolor o escozor, más frecuente durante la ingesta. Las formas reticulares puras suelen ser asintomáticas o pueden generar sensación de aspereza.

Hoy se considera al LPO como un DOPM cuya tasa de malignización es algo superior al 1% de los casos (17-19).

Los factores que incrementan el riesgo de malignización incluyen la presencia de displasia epitelial, la presencia de lesiones atróficas o erosivas la localización lingual de las lesiones y el consumo de tabaco y alcohol (18).

Es imperativa la biopsia cuyo objetivo es demostrar hechos histológicos de autoinmunidad, evaluar la presencia y severidad de la displasia



Figura 10. Liquen plano oral. Destacan las lesiones reticulares bilaterales en ausencia de lesiones eritematosas o erosivas. Este tipo de liquen plano no tiene tendencia a evolucionar a cáncer.



Figura 11. Liquen plano oral atrófico-erosivo. Se observan también lesiones blancas reticulares. El liquen plano atrófico-erosivo se comporta como un desorden oral potencialmente maligno.

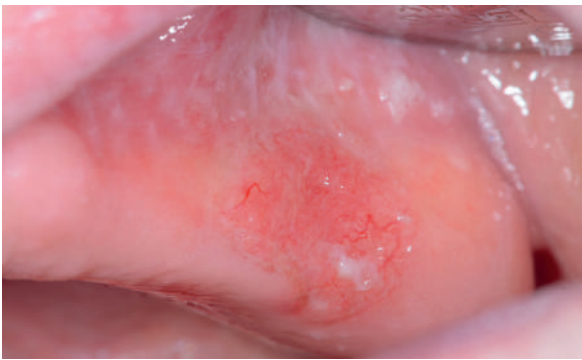


Figura 12. Carcinoma oral en el reborde gingival superior acompañado de lesiones reticulares blancas en un paciente con liquen plano.



Figura 13. Paciente con disqueratosis congénita en el que se demuestra la triada clásica: leucoplasia oral, lesiones pigmentadas cutáneas reticuladas y distrofia de las uñas.



Ozosan® gel

Ozono estabilizado en gel para uso dental

Un producto, infinitas soluciones!! Es un dispositivo médico desarrollado íntegramente en Italia de acuerdo con los requisitos de certificación más estrictos. Descontaminante natural de última generación, eficaz contra periodontitis, periimplantitis, alveolitis y para todas aquellas situaciones en las que sea necesario eliminar la carga bacteriana.

En el ámbito del desarrollo europeo, **BUSCAMOS REPRESENTANTES AUTÓNOMOS Y DISTRIBUIDORES PARA ESPAÑA Y PORTUGAL.**

Si está interesado, escribenos un email o ven a visitarnos a **MADRID EXPODENTAL en pabellón 9 Stand 4D14M.** La reserva es bienvenida.

Giulia Repetto

✉ giulia@bioactiva.it

☎ [+39 342 0383700](tel:+393420383700)

www.bioactiva.it

epitelial y determinar si algunas áreas, esencialmente rojas, pueden corresponderse con carcinomas incipientes.

El seguimiento de estos enfermos es imprescindible, aunque no hay criterios uniformes sobre cuál es la periodicidad óptima de las visitas de seguimiento. Las formas reticulares puras parecen no tener riesgo de malignización (18).

Se requiere experiencia en la evaluación de estos enfermos y, en caso contrario, es aconsejable la derivación de los pacientes a centros especializados. Las figuras 10-12 representan casos de LPO.

• Otros DOPM

-Fibrosis submucosa oral. Se trata de una enfermedad crónica que afecta a la cavidad oral con cambios histopatológicos que incluyen pérdida de fibroelasticidad y fibrosis en el corion, junto con atrofia epitelial (2). Esto se traduce básicamente en una clínica con aparición de bandas fibrosas en labios, mucosa yugal y paladar blando, apertura de boca restringida y movilidad lingual limitada. Se estima que aproximadamente el 4% de los pacientes con fibrosis submucosa oral desarrollan carcinomas orales (20).

-Queilitis actínica. Trastorno producido por el efecto de la exposición crónica a la radiación actínica solar, que afecta a predominantemente al bermellón del labio inferior (2).

Se produce mayoritariamente en hombres de edad mediana-avanzada, de piel clara, con desarrollo de su actividad profesional al aire libre. Estos pacientes característicamente presentan pérdida de la turgencia labial, descamación y borramiento

«El signo clínico más habitual del carcinoma oral precoz es la presencia de un área eritroplásica»

del margen cutáneo mucoso, junto a una presentación variable de lesiones atróficas, erosivas y placas blancas. En el momento actual no existen resultados fiables basados en la evidencia sobre el riesgo de estos pacientes de desarrollar cáncer labial (21).

-Lesiones palatinas en fumadores reversos. El tabaquismo invertido consiste en fumar con el extremo ardiente orientado hacia el interior de la cavidad oral, que promueve el desarrollo de una variedad de lesiones blancas, rojas y pigmentadas, que fundamentalmente asientan en el paladar duro (2).

Este es un hábito endémico extendido en regiones de India, América Latina (Colombia, Panamá y Venezuela), Cerdeña y algunas islas del pacífico (Filipinas) (2).

Aunque no hay evidencia sobre el riesgo de transformación maligna asociado a estas lesiones, se estima que más de la mitad de los carcinomas orales desarrollados asientan en el paladar duro (22, 23).

-Lupus eritematoso. El lupus eritematoso es una enfermedad autoinmune crónica que se puede subdividir principalmente en tres formas: lupus eritematoso sistémico, lupus eritematoso inducido por medicamentos y lupus eritematoso discoide. Aproximadamente, el 20%

«El liquen plano oral se considera actualmente como una enfermedad autoinmune y, por tanto, crónica e incurable, aunque controlable en sus síntomas»

de pacientes con lupus eritematoso sistémico desarrollan lesiones orales, que presentan un cuadro clínico muy semejante al LPO, con lesiones eritematosas de aspecto circular, rodeadas de estrías blanquecinas y ulceración superficial (2). Estos

pacientes presentan una mayor incidencia de cáncer labial versus cancer intraoral, donde raramente ocurre la transformación. En el momento actual no hay evidencia suficiente sobre la tasa de transformación maligna de esta enfermedad (24).

-Disqueratosis congénita. Se trata de un raro trastorno hereditario que presenta la triada clínica de leucoplasias orales, distrofia ungueal y pigmentación cutánea (25).

Esta es una enfermedad con importantes implicaciones pronósticas, asociada frecuentemente a mortalidad prematura por insuficiencia de la médula ósea o por cáncer oral asociado a la transformación maligna de las leucoplasias orales (2). La *Figura 13* representa un caso de disqueratosis congénita. ●

BIBLIOGRAFÍA

1. WARNAKULASURIYA S, KUJAN O, AGUIRRE URIZAR JM, BAGAN JV, GONZÁLEZ MOLES MA, KERR AR, JOHNSON NW. (2020). Oral potentially malignant disorders: nomenclature and classification. *Oral Diseases*, odi.13704. <https://doi.org/10.1111/odi.13704>
2. WARNAKULASURIYA S, JOHNSON NW, VAN DER WAAL I. (2007). Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *Journal of Oral Pathology & Medicine: Official Publication of the International Association of Oral Pathologists and the American Academy of Oral Pathology*, 36 (10), 575–580. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0714.2007.00582>
3. LIU, WU, ZHANG, SHI, & YANG. (2020). Bibliometric analysis of research trends and characteristics of oral potentially malignant disorders. *Clinical Oral Investigations*, 24 (1), 447–454. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31111281/>
4. VAN DER WAAL I, SCHEPMAN KP, VAN DER MEIJ EH, SMEELE LE. (1997). Oral leukoplakia: A clinicopathological review. *Oral Oncology*, 33 (5), 291–301. [https://doi.org/10.1016/S1368-8375\(97\)00002-X](https://doi.org/10.1016/S1368-8375(97)00002-X)
5. AGUIRRE URIZAR JM, LAFUENTE IBÁÑEZ DE MENDOZA I, WARNAKULASURIYA S. (2021). Malignant transformation of oral leukoplakia: Systematic review and metaanalysis of the

- last 5 years. *Oral Diseases*, odoi.13810. <https://doi.org/10.1111/odi.13810>
6. GONZÁLEZ MOLES MA, RAMOS GARCÍA P, WARNAKULASURIYA S. (2021a). A Scoping Review on Gaps in the Diagnostic Criteria for Proliferative Verrucous Leukoplakia: A Conceptual Proposal and Diagnostic Evidence-Based Criteria. *Cancers*, 13 (15), 3669. <https://doi.org/10.3390/cancers13153669>
7. BAGÁN J, SCULLY C, JIMÉNEZ Y, MARTORELL M. (2010). Proliferative verrucous leukoplakia: A concise update. *Oral Diseases*, 16 (4), 328–332. <https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2009.01632.x>
8. MCPARLAND H, WARNAKULASURIYA S. Lichenoid morphology could be an early feature of oral proliferative verrucous leukoplakia. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 50 (2), 229–235. <https://doi.org/10.1111/jop.13129>
9. RAMOS GARCÍA P, GONZÁLEZ MOLES MA, MELLO FW, BAGÁN J, WARNAKULASURIYA S. (2021). Malignant transformation of oral proliferative verrucous leukoplakia: A systematic review and meta-analysis. *Oral Diseases*. <https://doi.org/10.1111/odi.13831>
10. GONZÁLEZ MOLES MA, WARNAKULASURIYA S, RAMOS GARCÍA P. (2021). Prognosis Parameters of Oral Carcinomas Developed in Proliferative Verrucous Leukoplakia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cancers*, 13 (19). <https://doi.org/10.3390/cancers13194843>
11. REICHART PA, PHILIPSEN HP. Oral erythroplakia—a review. *Oral Oncology*, 41 (6), 551–561. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2004.12.003>
12. GONZÁLEZ MOLES MA, WARNAKULASURIYA S, GONZÁLEZ RUIZ I, GONZÁLEZ RUIZ L, AYÉN A, LENOUEVE D, RAMOS GARCÍA P. (2020). Worldwide prevalence of oral lichen planus: a systematic review and meta-analysis. *Oral Diseases*. <https://doi.org/10.1111/odi.13323>
13. GONZÁLEZ MOLES MA, BRAVO M, GONZÁLEZ RUIZ L, RAMOS P, GIL MONTOYA JA. (2018). Outcomes of oral lichen planus and oral lichenoid lesions treated with topical corticosteroid. *Oral Diseases*, 24 (4). <https://doi.org/10.1111/odi.12803>
14. ANDREASEN JO. (1968). Oral lichen planus. 1. A clinical evaluation of 115 cases. *Oral Surgery, Oral Medicine, and Oral Pathology*, 25 (1), 31–42. [https://doi.org/10.1016/0030-4220\(68\)90194-1](https://doi.org/10.1016/0030-4220(68)90194-1)
15. GONZÁLEZ MOLES MA, RAMOS GARCÍA P. (2022). Oral lichen planus and related lesions. What should we accept based on the available evidence? *Oral Diseases*. <https://doi.org/10.1111/odi.14438>
16. LORUSSO L, FEDELE S, GUIGLIA R, CIAVARELLA D, LOMUZIO L, GALLO P, CAMPISI G. (2008). Diagnostic pathways and clinical significance of desquamative gingivitis. *Journal of Periodontology*, 79 (1), 4–24. Retrieved from <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L351155350%0Ahttp://dx.doi.org/10.1902/jop.2008.070231>
17. GONZÁLEZ MOLES MA, RAMOS GARCÍA P, WARNAKULASURIYA S. (2021b). An appraisal of highest quality studies reporting malignant transformation of oral lichen planus based on a systematic review. *Oral Diseases*, 27 (8), 1908–1918. <https://doi.org/10.1111/odi.13741>
18. GONZÁLEZ MOLES MA, RUIZ ÁVILA I, GONZÁLEZ RUIZ, L, AYÉN Á, GIL MONTOYA JA, RAMOS GARCÍA P. (2019). Malignant transformation risk of oral lichen planus: A systematic review and comprehensive meta-analysis. *Oral Oncology*, 96, 121–130. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2019.07.012>
19. RAMOS GARCÍA P., GONZÁLEZ MOLES MA, WARNAKULASURIYA S. (2021). Oral cancer development in lichen planus and related conditions –3.0 evidence level–: a systematic review of systematic reviews. *Oral Diseases*, doi:10.1111/odi.13812. <https://doi.org/10.1111/odi.13812>
20. KUJAN O, MELLO FW, WARNAKULASURIYA S. (2020). Malignant transformation of oral submucous fibrosis: A systematic review and meta-analysis. *Oral Diseases*. <https://doi.org/10.1111/odi.13727>
21. DANCYGER A, HEARD V, HUANG B, SULEY C, TANG D, ARIYAWARDANA A. (2018). Malignant transformation of actinic cheilitis: A systematic review of observational studies. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry*, 9 (4), e12343. <https://doi.org/10.1111/jicd.12343>
22. ÁLVAREZ GÓMEZ GJ, ÁLVAREZ MARTÍNEZ E, JIMÉNEZ GÓMEZ R, MOSQUERA SILVA Y, GAVIRIA NÚÑEZ AM, GARCÉS AGUDELO A, RAMÍREZ OSSA D. (2008). Reverse smokers's and changes in oral mucosa. Department of Sucre, Colombia. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 13 (1), E1–8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18167472>
23. PINDBORG JJ, MEHTA FS, GUPTA PC, DAFTARY DK, SMITH CJ. (1971). Reverse smoking in Andhra Pradesh, India: a study of palatal lesions among 10,169 villagers. *British Journal of Cancer*, 25 (1), 10–20. Retrieved from <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L91402680>
24. RODRIGUES LRS, FERRAZ DLF, DE OLIVEIRA CRG, EVANGELISTA K, SILVA MAG, SILVA FPY, SILVA BS. DE F. (2023). Risk and prevalence of oral cancer in patients with different types of lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2023.07.007>
25. HANDLEY TPB, MCCAUL JA, OGDEN GR. (2006). Dyskeratosis congenita. *Oral Oncology*, 42 (4), 331–336. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2005.06.007>