

Capítulo 10

Patología de la mucosa oral

J. Sastre Pérez^a, I. Martos Boira^b y R. González García^c

^aLicenciado en Medicina y Cirugía. Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial. Médico Adjunto. Servicio de Cirugía Maxilofacial. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

^bLicenciado en Medicina y Cirugía. Licenciado Odontología. Periodoncista. Práctica Privada. Madrid.

^cLicenciado en Medicina y Cirugía. Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial. Médico Adjunto. Servicio de Cirugía Maxilofacial. Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz. España.

Puntos clave

- Las lesiones traumáticas de la cavidad oral afectan en gran parte a la población portadora de prótesis dentales, que desaparecen al retirar el agente causal.
- Los pacientes con úlceras de la cavidad oral que no mejoran tras el tratamiento deben ser derivados al especialista.
- El paciente con un flemón dental que no tiene una respuesta al tratamiento ambulatorio tiene que ser derivado al especialista.
- El diagnóstico de la gingivostomatitis ulceronecrosante es clínico, caracterizado por necrosis aguda y ulceración del margen gingival.
- Las placas blanquecinas de la mucosa oral que pueden ser eliminadas con un raspado son sugestivas de candidiasis oral que desaparecen con tratamiento.
- El carcinoma de la cavidad oral constituye el 3% de los tumores malignos, las localizaciones más frecuentes son la lengua móvil, el suelo de boca, la encía, la mucosa yugal y el paladar.

Palabras clave: • Úlceras orales • Cáncer oral • Aftas orales.

Desde el punto de vista topográfico, en la cavidad oral se distinguen dos espacios:

- El vestíbulo oral comprendido entre la pared que forman los labios y las mejillas, y la formada por los dientes y el proceso alveolar del maxilar y la mandíbula.
- La cavidad bucal propiamente dicha, cuyo límite anterolateral es la arcada dentaria y los maxilares, y el límite posterior, la faringe.

Las funciones de la mucosa oral se dividen en sensorial, secretora y de protección. En ella asientan numerosas especies bacterianas que forman parte de la flora saprofita y tienen lugar diversas funciones del organismo, como la respiración, la alimentación en sus primeras etapas y determinados aspectos de las relaciones sociales, entre los que destaca la comunicación verbal.

Numerosas noxas pueden provocar alteraciones en la mucosa oral que se manifestaran en forma de diversas lesiones elementales. Éstas deben ser reconocidas para poder alcanzar un diagnóstico certero y precoz. La accesibilidad y la vi-

sibilidad de la cavidad oral hacen que sea una localización ideal para ello.

En las siguientes páginas trataremos de forma breve y concisa las lesiones más frecuentes que pueden ser de interés para el médico general, así como su tratamiento (tabla 1).

Lesiones traumáticas

Erosiones mucosas dolorosas de etiología traumática e histopatología inespecífica. Afecta a una gran parte de la población portadora de prótesis dental de forma espontánea. La lesión cura al desaparecer el agente traumático.

Criterios diagnósticos

- Diagnóstico diferencial: estomatitis herpética, síndrome de Behçet, neutropenia cíclica, lesiones traumáticas, lesiones por agentes físicos, enfermedades mucocutáneas.
- Diagnóstico clínico: dolor acompañando a una formación vesículo-ulceroza, halo enrojecido. Se suelen localizar en las

regiones en las que hay decúbito de prótesis o roce con ellas; no es infrecuente la asociación con el roce de dientes.

– Pruebas complementarias: el diagnóstico es clínico y no se precisan pruebas complementarias.

Tratamiento

– Medidas generales: higiene oral, analgesia, enjuagues con colutorio de clorhexidina, eliminación o modificación del agente irritativo.

– Tratamiento farmacológico: no es necesario.

Criterios de derivación al hospital

Úlceras que no mejoran tras un tratamiento de 2 semanas.

Aftosis

Son erosiones mucosas dolorosas de etiología desconocida e histopatología inespecífica. Afecta a una gran parte de la población de forma espontánea, recidivante o hereditaria. Hay una mayor incidencia sobre el sexo femenino y su duración es de 10-14 días. Hay 3 formas clínicas: menor, mayor y herpetiforme (tabla 2).

Criterios diagnósticos

– Diagnóstico diferencial: estomatitis herpética, síndrome de Behçet, neutropenia cíclica, lesiones traumáticas, lesiones por agentes físicos, enfermedades mucocutáneas.

– Diagnóstico clínico: dolor acompañando a una formación vesículo-ulcerosa, halo enrojecido, fondo socava-

TABLA 1. Lesiones orales de importancia clínica

Lesiones benignas
Lesiones traumáticas
Aftosis
Lesiones ampollasas
Infecciones
Bacterianas
Flemón dental
Gingivoestomatitis ulceronecrosante aguda
Fúngicas
Virales
Hemangiomas y malformaciones vasculares
Lesiones premalignas
Liquen
Leucoplasia
Eritroplasia
Lesiones malignas
Carcinomas de la mucosa oral
Carcinoma de labio

TABLA 2. Erosiones mucosas dolorosas de etiología desconocida e histopatología inespecífica

	Menor	Mayor	Herpetiforme
Localización	Labio, Lengua	Labio, mucosa yugal	Labio, mucosa yugal, lengua
Número de lesiones	1-5	1-2	10-100
Tamaño (mm)	< 10	> 10	1-2
Duración (semanas)	1-2	2-4	1
Cicatrices	No frecuente	Frecuente	No frecuente
Tiempo de recidiva (meses)	1-4	< 1	< 1

do de aspecto blanco amarillento ocupado por un exudado fibrinoso. No se suelen localizar en las encías y el paladar. La asociación con febrícula o adenopatías no es frecuente.

– Pruebas complementarias: el diagnóstico es clínico y no se precisan pruebas complementarias.

Tratamiento

– Medidas generales: higiene oral, analgesia, enjuagues con colutorio de clorhexidina.

– Tratamiento farmacológico: carbenoxolona 14-12 h o sudafato 1 sobre/6 h; aplicación de fluocinolona al 0,05% en orabase (fórmula magistral) 3-4 veces al día durante 5-7 días, y aplicación de tetraciclina tópica 3 veces por día durante 5-7 días en caso de sobreinfección bacteriana.

Criterios de derivación al hospital

Las úlceras que no mejoran tras un tratamiento durante 2 semanas deben ser valoradas por un especialista.

Enfermedades vesiculoampollasas

Son las afecciones en que aparecen vesículas o ampollas en la mucosa como signo clínico destacado. En este apartado haremos referencia principalmente a las enfermedades con una base inmunológica (tabla 3).

Criterios diagnósticos

– Diagnóstico diferencial (tabla 4).

– Diagnóstico clínico: difícil de establecer, dado que todas las entidades cursan con la aparición de ampollas en la mucosa oral.

– Pruebas complementarias: citología teñida por el método de Papanicolaou “células de Tzanck”, biopsia (en fresco), “losas de cementerio inglés”, inmunofluorescencia directa.

TABLA 3. Base inmunológica de las enfermedades vesiculoampollosas

Mecánico, químico	Fricción
	Térmico (frío, calor)
	Quemadura química
Bacterias	Impétigo
Virus	Primoinfección herpética
	Herpes recurrente
	Herpes zóster
	Herpangina
	Enfermedad mano-pie-boca
Inmunológicas	Eritema exudativo multiforme
	Minor (Hebra)
	Mayor (Stevens Jonson)
	Grave (Lyell)
	Pénfigo vulgar
	Penfigoide benigno de las mucosas
	Penfigoide ampollar
	Liquen mucoso ampollar
	Lupus eritematoso ampollar
	Dermatitis herpetiforme
Estomatitis alérgica	
Alteraciones en el desarrollo	Pénfigo crónico familiar benigno
	Epidermólisis ampollar
Otras	Mucocele
	Ampollas en el paciente diabético

Tratamiento

– Medidas generales: higiene oral, enjuagues con colutorio de clorhexidina, control de la fiebre, analgesia.

– Tratamiento farmacológico: aplicación de fluocinolona al 0,05% en orabase (fórmula magistral) 3-4 veces al día, en las enfermedades leves.

Criterios de derivación al hospital

Fracaso del tratamiento ambulatorio, afectación del estado general, pacientes inmunodeprimidos, formas graves.

Infecciones bacterianas Flemón dental

Infección de origen dental o paradental, producida por la proliferación microbiana de la flora bucal, generalmente por caries, enfermedad periodontal (encías) o pericoronaritis previa (tejidos circundantes al tercer molar).

Habitualmente se produce un cuadro infeccioso circunscrito al área próxima del diente afectado, el ligamento periodontal, el hueso circundante y el periostio; se manifiestan como una periodontitis o bien evolucionan hacia un flemón dentario que con alguna frecuencia desemboca en la formación de un absceso dental.

Por su frecuencia, merecen mención especial las alveolitis (osteítis circunscritas) que aparecen tras una extracción dental. Días después de la extracción aparece un cuadro de intenso dolor en el alvéolo de la muela o el diente recién extraído.

Son infrecuentes otro tipo de manifestaciones, como hinchazón o enrojecimiento de la piel y las mucosas. También se denomina *drysocket*, o alveolitis seca, por la frecuencia con que se constata la ausencia de coágulo en el alvéolo y el escaso o nulo sangrado postextracción. Son más frecuentes en el maxilar inferior.

Criterios diagnósticos

Diagnóstico clínico

Las características clínicas del proceso infeccioso, como dolor, localización, rubor, tumor, calor, existencia de trismo, astenia, fetor oral, etc., hacen generalmente fácil el diagnóstico clínico.

La gravedad de los síntomas nos permitirá establecer el tratamiento y la necesidad o no de derivación hospitalaria.

Diagnóstico diferencial

- Parotiditis y submaxilitis aguda.
- Celulitis facial no odontogénica.

TABLA 4. Diagnóstico diferencial de las enfermedades vesiculoampollosas

	Liquen	Penfigoide cicatricial	Penfigo vulgar	Eritema exudativo multiforme
Frecuencia	++++	+++	++	+
Clínica	Crónico	Crónico	Crónico	Agudo
Síntomas	++	+	+++	++++
Signos	Descama en láminas con sangrado	Descama en láminas con sangrado	Descama en hojas sin sangrado	Descama quemadura con sangrado
AP	Ampolla basal. Infiltrado de linfocitos en banda	Ampolla subepitelial. Infiltrado con eosinófilos	Ampolla intrepitelial. Espongiosis y eosinofilia	Vasculitis. Ampolla epitelial y subepitelial. Necrosis epitelial
		IFD: IgG y C3 patrón lineal subepitelial	IFD: IgG y C3 patrón reticular epitelial	

- Adenitis.
- Osteomielitis no odontogénica.
- Traumatismos bucofaciales.
- Linfomas y leucemias.
- Neoplasias.
- Tuberculosis (abscesos retrofaríngeos).

Pruebas complementarias

- Radiografías intraorales (periapical, oclusal).
 - Radiografía panorámica.
 - Cultivo y antibiograma (especialmente en cuadros graves o pacientes médicamente afectados o en traslado al hospital).

Tratamiento

Medidas generales

Intentar mantener o recuperar un buen estado higiénico bucal.

Enjuagues con antisépticos suaves (peróxido, timol, clorhexidina, hexetidina y suero salino), siempre a partir de las 24 h postextracción.

Es aconsejable diferir las intervenciones, no actuar en “caliente” y también utilizar técnicas anestésicas poco traumáticas y sin vasoconstrictor.

Tratamiento específico

1. Analgésicos, antiinflamatorios y medidas de apoyo (aporte de líquidos o electrolitos precisos).

2. Antibióticos. Dado que hay un considerable aumento de resistencias por betalactamasas las pautas de tratamiento serán:

- Pauta de elección (adultos): amoxicilina 500 mg/8 h o eritromicina 500 mg/6 h.
- Si no mejora en 48 h: amoxicilina-ácido clavulánico 500/125 mg cada 8 h (vía oral) o metronidazol 250 mg/8 h.

3. Tratamiento quirúrgico. Tan pronto como se detecte la fluctuación, debe drenarse el absceso y en “frío” se realizará la exodoncia de la pieza o su tratamiento conservador si fuera posible.

Criterios de derivación al hospital

- Fracaso de tratamiento ambulatorio.
 - Afectación del estado general.
 - Sospecha de afectación de la vía aérea.
 - Pacientes médicamente afectados o inmunodeprimidos.
 - Existencia o sospecha de colecciones purulentas susceptibles de drenajes que no puedan realizarse en el ambulatorio.
 - Existencia de protrusión lingual o dificultad de movimiento lingual grave.

- Dificultad de fonación o deglución.
- Presencia de disnea.
- Trismo significativo y fiebre séptica.

Gingivoestomatitis ulceronecrosante aguda

Es una enfermedad infeccioso-inflamatoria aguda que afecta a las encías. Los síntomas más característicos son las necrosis y la ulceración de la encía (papila) interdientaria. Los patógenos implicados en este cuadro son *Bacillus fusiformis* y *Borrellia* o *Spirochaeta vincentii*. (Sinónimo: “boca de trinchera”.)

Criterios diagnósticos

- Diagnóstico diferencial: fácil diagnóstico por las características clínicas, ¿otras gingivitis?
 - Diagnóstico clínico: necrosis aguda y ulceración del margen gingival. Puede afectar únicamente a la punta de la papila o a un área amplia de encía alrededor de un grupo de dientes. Seudomembrana gris-amarillenta que se desprende fácilmente y que recubre las lesiones ulcerosas. Dolor gingival. Hemorragia gingival. Halitosis, sialorrea, movilidad dental, sabor metálico, febrícula, adenopatías regionales, cefalea, astenia, anorexia.
 - Pruebas complementarias: el diagnóstico es clínico; si fuese preciso, se realizaran exámenes histológicos y microbiológicos.

Tratamiento

- Medidas generales: higiene oral, enjuagues con peróxido de hidrógeno diluido al 30% o con colutorio de clorhexidina, control de la fiebre y analgesia. Tras obtener respuesta con el tratamiento antibiótico, el odontostomatólogo debe realizar la eliminación de los exudados, la placa bacteriana y el sarro, para posteriormente, tras controlar el episodio agudo, realizar técnicas de limpieza específicas (tartectomía, raspado-alisado radicular, etc.). La no realización de este tratamiento lleva a la cronicidad del proceso, convirtiéndose en una enfermedad periodontal crónica de curso agresivo.
 - Tratamiento farmacológico: amoxicilina 500 mg v.o./8 h + metronidazol 500 mg v.o./8 h (durante 7 días). En pacientes alérgicos a los betalactámicos se pueden utilizar combinaciones de espiramicina-metronidazol (Rhodogil®) 250 mg/6 h vía oral durante 7 días).

Criterios de derivación al hospital

Fracaso del tratamiento ambulatorio, afectación del estado general, pacientes inmunodeprimidos.

Infecciones fúngicas

Candidiasis oral

Infección producida por *Candida* spp. (*C. albicans*), demostrable por procedimientos clínicos y de laboratorio. *Candida* es un microorganismo comensal, muy extendido, se puede hallar en el 7-40% de los individuos según diferentes fuentes. Hay numerosos factores predisponentes:

- Factores sistémicos: infancia, vejez, embarazo, diabetes mellitus, deficiencias nutricionales, candidiasis mucocutáneas, alteraciones inmunitarias.
- Factores locales: xerostomía, antibioterapia, corticoides, leucoplasia, cáncer, prótesis, tabaco.

Criterios diagnósticos

– Diagnóstico diferencial: eritroplasia y leucoplasia oral, lengua saburral.

– Diagnóstico clínico:

- Aguda pseudomembranosa o muget: se constata la superficie de la mucosa oral con placas blanquecinas que pueden ser eliminadas con el raspado dejando entonces un fondo eritematoso y en ocasiones sangrantes. Es típico de edades infantiles.
- Aguda eritematosa: se caracteriza por la atrición de una mucosa oral eritematosa con depapilación lingual. Frecuentemente se asocia al uso de antibióticos.
- Crónica: pseudomembranosa, eritematosa, leucoplasia-candidiasis, nodular.
- Otras: queilitis angular, glositis romboidal, lengua negra vellosa, estomatitis por prótesis.

– Pruebas complementarias: clínica, investigación micológica (*Candida* + no indica enfermedad). Si las lesiones desaparecen con el tratamiento, no hay duda en el diagnóstico. En ocasiones se puede realizar un cultivo en medio de Sabouraud, estudios serológicos e incluso una biopsia.

Tratamiento

– Medidas generales: higiene oral, eliminar factores irritativos, lavado con agua bicarbonatada al 10%, colutorio de clorhexidina o anfotericina B para sumergir la prótesis dental, analgesia.

– Tratamiento farmacológico: nistatina gel 100.000 U/6 h o miconazol gel 100 mg/6 h (2-3 semanas). En formas resistentes al tratamiento o inmunodeprimidos: flucanazol 200 mg/24 h durante 14 días. No usar en gestantes.

Criterios de derivación al hospital

Fracaso del tratamiento ambulatorio, afectación del estado general, pacientes inmunodeprimidos.

Infecciones virales

Gingivostomatitis herpética

Infección producida por el virus del herpes simples tipo 1, demostrable por procedimientos clínicos y de laboratorio.

Criterios diagnósticos

– Diagnóstico diferencial: estomatitis herpética, síndrome de Behçet, neutropenia cíclica.

– Diagnóstico clínico: cursa sin afectación del estado general, lesiones de instauración brusca con una sintomatología acompañante no muy importante. Sensación de dolorquemazón. La lesión específica es una flictenula de pequeño tamaño con halo rojo y que nunca es única sino que hay entre 15 y 20 en una zona concreta. Al cabo de 20 h la lesión adquiere un aspecto arracimado; al cabo de 40 h la lesión suele ser única, con recubrimientos epiteliales rotos. Se localizan en el paladar y las encías. La primoinfección se acompaña de disfagia, sialorrea y afectación del estado general. Los ganglios regionales suelen estar levemente inflamados y dolorosos. La existencia de febrícula y sensación de estado catarral durante 3-4 días no es infrecuente.

– Pruebas complementarias: citología exfoliativa, aislamiento y cultivo del virus, detección de antígenos virales (inmunofluorescencia, inmunoperoxidasa, ELISA), reacción en cadena de la polimerasa, estudio histológico.

Tratamiento

– Medidas generales: higiene oral, enjuagues con colutorio de clorhexidina, control de la fiebre, analgesia.

– Tratamiento farmacológico. El éxito de los tratamientos es limitado: aciclovir 200 mg vía oral 5 veces al día mientras duren las lesiones. Pueden emplearse cremas de aciclovir al 5%, 5 veces al día. En pacientes inmunodeprimidos no se ha demostrado su eficacia. Se recomienda derivar al especialista.

Criterios de derivación al hospital

Fracaso del tratamiento ambulatorio, afectación del estado general, pacientes inmunodeprimidos.

Hemangiomas y malformaciones vasculares

Los hemangiomas son verdaderas neoplasias benignas que aparecen sobre todo en el área de la cabeza y el cuello. El 10% de los niños son portadores, y es el tumor más frecuente en la infancia. No están presentes al nacimiento, aparecen en la segunda o tercera semana de vida, crecen durante 8-24 meses e involucionan posteriormente y de forma espontánea

en el 90% de los casos y a los 12 años. Pueden afectar a la mucosa o a la submucosa.

Las malformaciones vasculares actualmente no se consideran tumores, sino errores en la morfogénesis vascular. Están presentes desde el nacimiento del individuo aunque no siempre se detectan. Crecen al compás y no suelen involucionar.

En ambas situaciones el tratamiento, si fuese preciso, debe realizarse en un centro hospitalario (escleroterapia, embolización, cirugía, inmunoterapia, láser, corticoides, interferón-2-alfa).

Liquen

Enfermedad inflamatoria crónica de la piel y las mucosas de etiología desconocida. Cursa en forma de brotes y recidivas variables influida por diversos agentes irritativos; son escasos los pacientes que experimentan una curación completa. Afecta al 0,2-4% de la población entre 30 y 70 años de edad. Hay cierta predisposición por el sexo femenino. Representa el 5% de los problemas odontoestomatológicos. Entre los factores que presuntamente se han involucrado en la aparición de este cuadro figuran la causa psíquica, la yatrogénica, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, y los factores genéticos e inmunológicos.

Clasificación

– Reticular. Máculas blanquecinas de disposición lineal y arboriforme (estrías de Wickham). Predilección por la mucosa yugal y de forma bilateral, aunque puede afectar a cualquier localización.

– Atrófico-erosivo. La forma erosiva es la fase final de la fase atrófica. Se caracteriza por lesiones eritematosas mal delimitadas con áreas de exposición del corion subyacente. En fases avanzadas no hay formas puras. La forma atrófica-erosiva puede llegar a malignizarse en el 1-10% de los casos.

Criterios diagnósticos

– Diagnóstico diferencial: leucoplasia, eritroplasia, lupus, enfermedades ampollosas, carcinoma.

– Diagnóstico clínico. La forma reticular cursa sin afectación clínica. Únicamente se objetiva una mancha blanca que no se desprende con el raspado. Las formas atrófico-erosivas cursan con la lesión intraoral asociada a molestias de tipo doloroso.

– Pruebas complementarias: citología exfoliativa y biopsia (ésta no es patognomónica).

Tratamiento

– Medidas generales: higiene oral, eliminación de factores potencialmente productores, compensar enfermedades generales, revisiones periódicas.



Figura 1. Carcinoma epidermoide de lengua.



Figura 2. Afta labial.



Figura 3. Liquen lingual.



Figura 4. Candidiasis orofaríngea.



Figura 5. Eritroplasia.

– Tratamiento farmacológico: no precisa en la forma reticular, dado que cursa de forma sintomática; únicamente se debe realizar una revisión. En las formas atrófica y erosiva localizada: triamcinolona o ácido retinoico en orabase bajo la vigilancia de un especialista.

Criterios de derivación al hospital

Fracaso del tratamiento ambulatorio. En formas no con displasia está indicada la eliminación quirúrgica. Es fundamental el seguimiento por parte de un especialista con revisiones periódicas.

Leucoplasia

Es la placa blanca que no se desprende por el raspado. “Leucoplasia” es un término clínico sin implicación histológica.

Se ha puesto en relación con diversos hábitos y enfermedades: tabaco, alcohol, enfermedades sistémicas (sífilis, candidas, avitaminosis A y B, anemia ferropénica, inmunodeficiencias, etc.), traumatismos, virus (virus del papiloma humano [VPH]), químicas, desconocidas.

Clasificación

- Homogéneas con evolución a la displasia en el 1,3% de los casos. Lesión de color blanco aterciopelado, con bordes bien definidos.
- No homogéneas con evolución a la displasia en el 52% de los casos. Lesión irregular y con formas excrecentes, nodular o con cambios de color (eritroleucoplasia).

Criterios diagnósticos

- Diagnóstico diferencial: liquen y lupus.
- Diagnóstico clínico: cursa sin afectación clínica. Únicamente se observa una mancha blanca que no se desprende con el raspado.
- Pruebas complementarias: citología exfoliativa, biopsia (describe un epitelio sin signos de malignidad o displasia).

Tratamiento

- Medidas generales: higiene oral, eliminación de factores potencialmente productores, compensar enfermedades generales, revisiones periódicas.
- Tratamiento farmacológico: no precisa, no son útiles.

Criterios de derivación al hospital

Fracaso del tratamiento ambulatorio. En formas no homogéneas y eritroplásicas o en homogéneas con displasia está indicada la eliminación quirúrgica. Es fundamental el seguimiento por un especialista con revisiones periódicas.

Eritroplasia

Área rojiza que no puede ser diagnosticada como otra enfermedad definible. El 91% de las eritroplasias son carcinomas in situ.

Se ha puesto en relación con diversos hábitos irritativos: tabaco y alcohol.

Clasificación

- Homogéneas: lesión de color rojo brillante aterciopelado, con bordes bien definidos.
- No homogéneas: irregulares.

Criterios diagnósticos

- Diagnóstico diferencial: liquen, lupus, candidiasis erosivas y atróficas.
- Diagnóstico clínico: cursa sin afectación clínica. Únicamente se observa una mancha roja que no se desprende con el raspado.

– Pruebas complementarias: citología exfoliativa, biopsia (describe un epitelio sin signos de malignidad o displasia).

Tratamiento

– Medidas generales: higiene oral, eliminación de factores potencialmente productores, compensar enfermedades generales, revisiones periódicas.

– Tratamiento farmacológico: no precisa, no son útiles.

Criterios de derivación al hospital

Han de derivarse a un centro hospitalario para realizar la eliminación quirúrgica, por la elevada frecuencia de displasia epitelial. Es fundamental el seguimiento por parte de un especialista con revisiones periódicas.

Lesiones malignas Carcinomas de la mucosa oral

Son las lesiones que se originan en el interior de la cavidad oral que son capaces de infiltrar y destruir tejidos vecinos, propagándose a otras zonas de la economía por vía linfática o sanguínea y produciendo metástasis a distancia.

Clasificación

– Carcinoma epidermoide o carcinoma de células escamosas. Constituye alrededor del 3% de los tumores malignos en los países desarrollados. Es la lesión maligna más frecuente de la cavidad oral. Las localizaciones más frecuentes son la lengua móvil, el suelo de la boca, la encía, la mucosa yugal y el paladar, si bien esta distribución varía según el área geográfica y el autor consultado. La ausencia de sintomatología es un factor que suele condicionar el retraso diagnóstico. Este aspecto es sumamente importante, dado que en la actualidad las lesiones menores de 4 cm presentan un alto porcentaje de curabilidad.

Entre los factores de riesgo se han relacionado el tabaco (hasta 8 veces más riesgo para los fumadores de más de 20 cigarrillos al día) y el alcohol (hasta 5 veces más riesgo en bebedores de más de 50 g de alcohol al día), que realiza una acción sinérgica con el tabaco.

Las dietas ricas en frutas y verduras se han asociado a menor riesgo. La adecuada higiene oral se ha asociado a menor riesgo.

El VPH y el virus de Epstein-Barr se han implicado en la carcinogénesis oral.

– Inmunodeficiencia crónica.

• Factores genéticos: mutación de p53, polimorfismo en los genes del citocromo P450 y la glutatión-S-transferasa, etc.

• Consumo de Betel: en países asiáticos.

• Lesiones premalignas: leucoplasias, eritroplasias, liquen plano.

– Traumatismo de repetición sobre la mucosa (roce con los dientes, prótesis mal ajustadas, etc.).

– Carcinoma de glándulas salivales menores. Constituyen el grupo de tumores maligno más heterogéneo desde el punto de vista histológico. Dentro de las diferentes localizaciones el paladar ocupa la primera localización de este tipo de tumores, y el carcinoma mucoepidermoide el más frecuente. Entre los factores predisponentes se han señalado, entre otros, la infección por el VEB, citomegalovirus, irradiación en bajas dosis, inhalación de asbesto, plomo y derivados del caucho, si bien se desconoce la causa del desarrollo de este tipo de neoplasias.

El pronóstico de este tipo de tumores es menos favorable que en el mismo tipo histológico y localización en una glándula salival mayor, por lo que su diagnóstico temprano es prioritario.

– Otras neoplasias. Son infrecuentes en comparación con los citados previamente. Cabe citar los siguientes: sarcomas, melanoma, linfoma, tumores metastáticos, etc.

Criterios diagnósticos

– Diagnóstico diferencial: liquen, leucoplasia, eritroplasia, lupus, enfermedades ampollasas.

– Diagnóstico clínico: en los estadios iniciales las lesiones no son dolorosas. El aspecto macroscópico presenta variaciones según el momento del diagnóstico y la estirpe histológica de la lesión, por lo que es necesaria la toma de una biopsia.

– Pruebas complementarias: biopsia, estudio de extensión locorregional y a distancia; radiografía simple (ortopantomografía); tomografía computarizada (evaluación ósea) y resonancia magnética (evaluación de partes blandas); endoscopia y fibroscopia ocasionalmente; punción-aspiración con aguja fina de nódulos cervicales; rastreo óseo; tomografía por emisión de positrones.

Tratamiento

– Medidas generales: higiene oral, eliminación de factores potencialmente productores, compensar enfermedades generales, revisiones periódicas. La herramienta más útil en el momento actual es el diagnóstico precoz.

– Tratamiento farmacológico: no precisa, cuidados paliativos en estadios finales de la enfermedad, y quimioterapia específica en medio hospitalario.

Criterios de derivación al hospital

Cualquier lesión intraoral que en 2-4 semanas no cura tras haber eliminado los factores potencialmente causales, es susceptible de biopsia. Es fundamental el seguimiento por

parte de un especialista en el manejo de los tumores de cabeza y cuello, con revisiones periódicas.

Carcinoma de labio

Son las lesiones que se originan en el bermellón labial, capaces de infiltrar y destruir tejidos vecinos, propagándose a otras zonas de la economía por vía linfática o sanguínea y produciendo metástasis a distancia. Constituyen el 2% de todas las neoplasias y el 10-30%, según las series consultadas, de los tumores malignos de cabeza y cuello.

Se ha puesto en relación con diversos hábitos irritativos: tabaco, radiaciones solares, alcohol (sinergismo con tabaco), agentes irritantes, traumatismos locales, mala higiene, infecciones crónicas y ciertos cuadros sindrómicos, como el xeroderma pigmentoso. Pese al fácil diagnóstico y, por ello, la pronta posibilidad de tratamiento, la mortalidad llega al 15% de los casos.

Clasificación

- Carcinoma epidermoide o espinocelular. Es el patrón histológico más frecuente (un 90% en el labio inferior):
 - Melanoma.
 - Carcinoma basocelular.
 - Tumores malignos de glándulas salivales menores.

Criterios diagnósticos

- Diagnóstico diferencial: liquen, lupus, candidiasis erosivas y atróficas. Además, una serie de lesiones se consideran precursoras, a saber: queilitis actínica, queratosis actínica, eritroplasia, leucoplasia, papilomatosis oral florida.
 - Diagnóstico clínico. Cursa sin afectación clínica. Únicamente se observa una lesión en el labio que no desaparece.
 - Pruebas complementarias: las citadas en el apartado de carcinoma de la mucosa oral.

Tratamiento

- Medidas generales: higiene oral, eliminación de factores potencialmente productores, compensar enfermedades generales, revisiones periódicas. La herramienta más útil actualmente es el diagnóstico precoz.
 - Tratamiento farmacológico: no precisa; cuidados paliativos en estadios finales de la enfermedad, y quimioterapia específica en medio hospitalario.

Criterios de derivación al hospital

Cualquier lesión que en 2-4 semanas no cura tras haber eliminado los factores potencialmente productores es susceptible de biopsia. Es fundamental el seguimiento por parte de un especialista en el manejo de los tumores de cabeza y cuello con revisiones periódicas. Las lesiones precursoras deben ser vigiladas estrechamente y se recomienda la realización de procedimientos de extirpación del bermellón labial (bermellectomías).

Bibliografía general

- Bagan Sebastian JV, Ceballos Salobreña A, Bermejo Fenoll A, Aguirre Urizar JM, Peñarrocha Diago M. Medicina oral. Barcelona: Masson; 1995.
- Báscones Martínez A. Tratado de odontología. Tomo III. Madrid: Smithkline Beecham; 1998.
- Bermejo Fenoll A. Medicina bucal. Vol I. Madrid: Síntesis; 1998.
- Ceballos Salobreña. Atlas de patología oral en atención primaria. Madrid: Jaryo; 1996.
- Echeverría García JJ, Cuenca Sala E, Pumarola Suñe J. El manual de odontología. Barcelona: Masson-Salvat Odontología; 1995.
- García Marín F, García-Rozado González A, Cebarián Carretero JL, Monje Gil F. Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. Madrid: GlaxoSmithKline-Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. (SECOM); 2006.
- Gay Escoda C, Berini L. Infección odontogénica. Madrid: Ergon; 1997.
- Know HP, Laskin DM. Manual clínico de cirugía oral y maxilofacial. Caracas: Amolca; 2003.
- Lodi G, Scully C, Carrozzo M, Griffiths M, Sugerman PB, Thongprasom K. Current controversies in oral lichen planus: report of an international consensus meeting (I). Viral infections and etiopathogenesis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2005;100:40-51.
- Lodi G, Scully C, Carrozzo M, Griffiths M, Sugerman PB, Thongprasom K. Current controversies in oral lichen planus: report of an international consensus meeting (II). Clinical management and malignant transformation. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2005;100:164-78.
- Lucas Tomas M. Medicina oral. Barcelona: Salvat; 1988.
- Martín-Granizo López R, Salmeron Escobar JJ, De Pedro Marina M, Gallana Álvarez S, Sastre Pérez J. Manual de cirugía oral y maxilofacial. 2.ª ed. Madrid: GlaxoSmithKline-Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial (SECOM); 2004.
- Martín-Granizo López R, López Díaz-Ufano ML, Sastre Pérez J, Ramírez Puerta R. Plan de formación en patología quirúrgica oral y maxilofacial en atención primaria SECOM-SEMERGEN. Madrid: Smithkline Beecham; 2005.
- Mulliken JB, Glowacki J. Classification of pediatric vascular lesions. Plast Reconstr Surg. 1982;70:120-1.
- Pindborg JJ. Atlas de enfermedades de la mucosa oral. Barcelona: Masson-Salvat; 1994.
- Reichart PA, Philipsen HP. Atlas de patología oral. Barcelona: Masson; 2000.
- Seward GR, Harris M, McGowan DA, Killey HC, Kay LW. An outline of oral surgery (I y II). Oxford: Wright; 1998.