

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS
“DR. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ”
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

LESIONES DE LA MUCOSA BUCAL. HALLAZGOS CLÍNICOS.

Por:

Dra. Isabel Ramos Hurtado¹, Dra. Lebsy Olivera Ramos² y Dra. Diana Lourdes Romero Campos³

1. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesor Titular. ISCM-VC.
2. Estomatólogo General Policlínico “Marta Abreu”.
3. Estomatólogo General. Policlínico “José R. León Acosta”.

Descriptor DeCS:

MUCOSA BUCAL/patología
LEUCOPLAQUIA BUCAL

Subject headings:

MOUTH MUCOSA/pathology
LEUKOPLAKIA, ORAL

La estomatología no sólo pretende mantener la salud bucal mediante los tratamientos de reemplazo o sostén, sino que la meta es la promoción de salud y prevención de enfermedades relacionadas con el complejo estomatognático por medio del cuidado y limpieza de toda la cavidad bucal y la eliminación de hábitos nocivos.

Se pretende ayudar al médico a atender y comprender la importancia que tiene el conocimiento de estos aspectos, porque la boca puede ser el reflejo de la educación sanitaria, de padecimientos sistémicos o el medio de identificar reacciones adversas de múltiples farmacoterapias¹.

Una distribución anormal de la mucosa bucal queratinizada y no queratinizada requiere una atención muy especial. Si el paciente utiliza una prótesis completa o parcial, se la debe quitar para poder examinar los tejidos blandos subyacentes. El tejido queratinizado que se desarrolla en una zona normalmente no queratinizada presenta un aspecto blanquecino. Esta anomalía denominada leucoplasia bucal obliga a practicar una biopsia, ya que puede tratarse de una lesión precancerosa².

Las personas que asisten a la consulta estomatológica pueden presentar no sólo problemas dentales propiamente dichos, sino tener afectada la integridad anatómica y fisiológica de la mucosa bucal, que exponen terminaciones nerviosas y provocan en algunos casos molestias, y en otros, dolor. Cuando los pacientes presentan alteraciones de la mucosa bucal, la responsabilidad del profesional es diagnosticar y tratar, o remitir, en caso de que el tratamiento no pueda ser establecido. El clínico debe recordar que un problema que parece inocuo para él, puede percibirse con cierta severidad por parte del paciente, y puede limitarlo para comer, masticar e, incluso, hablar³.

Luego de analizar los síntomas, debe conocerse la naturaleza, localización, duración y comienzo de la lesión. El comienzo es importante, pues determina si la condición es aguda o crónica. Los signos vitales deben ser recogidos y el examen clínico realizado correctamente. El color, localización y características morfológicas de la lesión deben ser observados detenidamente, pues ayudan a diferenciar lesiones de apariencia similar; por ejemplo, los procesos virales clásicamente producen vesículas que se ulceran, mientras que los inmunológicos en ocasiones pueden producir úlceras eritematosas o lesiones maculopapulares, pero rara vez vesículas. Una vez que el examen haya sido culminado y el diagnóstico diferencial completado, el diagnóstico definitivo se basará en

los hallazgos clínicos y en las pruebas diagnósticas (biopsia, rayos X, resonancia magnética, entre otras)^{3,4}.

La cavidad bucal, por su ubicación, se expone frecuentemente a la acción de agentes físicos, químicos y biológicos, que pueden provocar diferentes tipos de lesiones en la mucosa de la misma. El estudio de éstas es de gran importancia, porque su detección temprana evita graves consecuencias para el paciente, como es el caso del cáncer bucal, enfermedad casi siempre precedida por lesiones fáciles de diagnosticar mediante un examen estomatológico adecuado⁵.

Todas y cada una de ellas tienen asociadas a su aparición diversos factores de riesgo: la edad, el sexo, la raza, factores locales y generales (enfermedades sistémicas, la herencia, hábitos, etc), factores ambientales y otros⁶.

Para nosotros tienen gran importancia aquellas lesiones de la mucosa que puedan generar el cáncer bucal; éstas también son llamadas lesiones y estados premalignos. Muchos han sido los factores asociados a la aparición de las mismas, pero los más estrechamente vinculados a ellas son el hábito de fumar y el alcoholismo^{6,7}.

El estado premaligno es un estado generalizado que se asocia con un riesgo significativamente mayor de cáncer. En la cavidad bucal aparece un gran número de ellos, entre los que encontramos la papilomatosis bucal florida, el liquen plano, la fibrosis submucosa bucal, el lupus eritematoso discoide crónico, las mucosas atróficas, el nevus y la candidiasis bucal^{8,9}.

Si bien no existen registros exactos respecto a la frecuencia del cáncer bucal, se sabe que ha ocupado el sexto lugar a nivel mundial entre todos los tipos de cáncer. Si el cáncer bucal no se detecta oportunamente, puede ocasionar grandes mutilaciones e incluso la muerte. En nuestro país, según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), éste se encuentra entre los 10 cánceres más comunes en el hombre, y constituye el 4 % de todos ellos anualmente^{5,8}.

En 1999 se diagnosticaron unos 30 200 nuevos casos de cáncer bucal en los Estados Unidos; un 50 % de ellos fallecerán en los próximos cinco años, lo que causará más de 8 000 muertes anuales. Es probable que los hombres padezcan más de cáncer bucal que las mujeres; sin embargo, existe una tendencia mundial al incremento de la tasa de féminas afectadas por dicha enfermedad. En los países industrializados los hombres están afectados dos a tres veces más que las mujeres debido al uso del alcohol y el tabaco. En Gales e Inglaterra, cerca de 3 800 nuevos casos son diagnosticados cada año, ocurren alrededor de 1 700 muertes por cáncer bucal, y se incrementa con la edad en la mayoría de los casos.

En el año 1982 surge en nuestro país el Programa de Detección del Cáncer Bucal, único en el mundo por su cobertura nacional, fundamentado en el examen anual a la población mayor de 15 años que acude a la consulta o que es vista por el estomatólogo o el médico en el pesquisaje activo. La detección clínica temprana de un cáncer del complejo bucal depende de que el paciente sea examinado a tiempo, y de que en esa exploración la neoplasia sea certeramente diagnosticada.

Por lo antes expresado, decidimos realizar un estudio para conocer la prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en el consultorio médico de la familia 86-1 del área de salud del Policlínico "Martha Abreu", con el propósito de diagnosticar clínicamente a los pacientes que presentan lesiones de la mucosa bucal, por lo que se examinó a toda la población mayor de 15 años, mediante la guía de observación del Programa de Detección del Cáncer Bucal⁵.

De la totalidad de los pacientes examinados, el 15 % presentó lesiones de la mucosa bucal. El grupo etáreo que más se afectó fue el de 60 años y más; existió predominio del sexo masculino, y la raza blanca fue la más afectada. El tipo de lesión más frecuente fue la estomatitis subprótesis, seguida por la leucoplasia bucal. La región anatómica más afectada por estas lesiones fueron los labios, seguida por la mucosa del carrillo.

La queilitis angular estuvo más relacionada con enfermedades sistémicas, específicamente con la diabetes mellitus, y el factor trabajo de riesgo tuvo su mayor repercusión en la aparición de la queilitis actínica. La aparición de lesiones de la mucosa bucal estuvo relacionada mayoritariamente con el hábito de fumar. La lesión que más se asoció a la higiene bucal deficiente fue la leucoplasia bucal,

Referencias bibliográficas

1. Kostner LH, Banner PQ. Acute oral mucosal disorders. JADA 2001;15(8):29-33.
2. Guzmán RJ. Cambios bucales en el paciente geriátrico. An Odontoestomatol 2000;35(3):72-3.
3. Cobas ME, Ruiz NG, Duarte DC. Las lesiones blancas de la cavidad bucal y su relación con el cáncer bucal. Medicentro 2002; 6 (1):21-23. URL disponible en: <http://www.vcl.sld.cu/medicentro/v6n102/lesiones.htm>
4. Allard R, Jonson N. Tobacco and oral diseases. Report of EV working group I99. J Ir Dent Assoc 1999;46(1):12-23.
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de detección del cáncer bucal (PDCB). La Habana: MINSAP; 2001.
6. Hernández PR. El hábito de fumar y el cáncer bucal. ADM 2001;35(3):10-3.
7. Bello-Santos P, Ortega-Ortiz O. Lesiones clínicas más frecuentes de la mucosa bucal en 600 pacientes mayores de 34 años. Med Oral 2000;2(1):9-16.
8. Martínez Díaz I, García MJ. Epidemiological study of oral mucosal pathology in patients of the Oviedo school of stomatology. Med Oral 2002;7(1):4-16.
9. Kenneth JP. Oral cancer in UK Dental Collage. Journal 2001;12(3):5-7.