

# Manual para la Detección de Alteraciones de la Mucosa Bucal Potencialmente Malignas



Se autoriza la reproducción total o parcial, citando la fuente.

ISBN: 978-607-460-074-2

**Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades**

Benjamín Franklin no. 132

Col. Escandón, Delegación Miguel Hidalgo

C.P. 11800, México, D.F.

Este documento está realizado conforme al Título VI, Capítulo II Artículo 148 de la Ley Federal del Derecho de Autor. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 23 de julio de 2003.

# Directorio

Dr. José Ángel Córdova Villalobos  
**Secretario de Salud**

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez  
**Subsecretaria de Innovación y Calidad**

Dr. Mauricio Hernández Ávila  
**Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud**

Lic. Laura Martínez Ampudia  
**Subsecretaria de Administración y Finanzas**

Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández  
**Director General del Centro Nacional  
de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades**

Dr. Hugo López-Gatell Ramírez  
**Director General Adjunto de Epidemiología**

Dr. Carlos H. Álvarez Lucas  
**Director General Adjunto de Programas Preventivos**

**Dirección Técnica:**

C.D. Heriberto Vera Hermosillo  
**Subdirector del Programa de Salud Bucal**  
**CENAVECE/Secretaría de Salud**

C.D. Carlos Sanz Beard  
**Jefe del Depto. de Prevención en Salud Bucal**  
**CENAVECE/Secretaría de Salud**

C.D. Jorge Alejandro Muñúzuri Hernández  
**Jefe del Depto. de Prevención y Vigilancia de Fluorosis Dental**  
**CENAVECE/Secretaría de Salud**

Esp. en O.C.D. Luis Gerardo Alva Alamilla  
**Miembro de la Subdirección de Salud Bucal**  
**CENAVECE/Secretaría de Salud**

**Autores:**

Estela de la Rosa García  
**Maestría en Odontología, Especialización y Maestría en Patología y Medicina Bucal**  
**Universidad Autónoma Metropolitana**

Gabriela Anaya Saavedra  
**Doctorado en Ciencias Biológicas, Especialización y Maestría en Patología y Medicina Bucal**  
**Universidad Autónoma Metropolitana**

Luz María Godoy Rivera  
**Departamento de Patología, Instituto Nacional de Cancerología**

Los autores de este documento agradecen las sugerencias y comentarios de la Dra. Lilly Esquivel Pedraza. Departamento de Dermatología. INNSZ, así como las imágenes facilitadas por la Dra. Velia Ramírez Amador y el Dr. Adalberto Mosqueda Taylor.

# Contenido

<b>1. Introducción</b> .....	<b>7</b>
<b>2. La mucosa bucal</b> .....	<b>8</b>
2.1 Funciones de la MB .....	8
2.2 Organización de la mucosa bucal .....	8
<b>3. Lesiones elementales</b> .....	<b>10</b>
<b>4. Examen bucal</b> .....	<b>12</b>
4.1 Bordes bermellones .....	13
4.2 Mucosa bucal .....	13
4.3 Encía .....	15
4.4 Lengua .....	16
4.5 El paladar .....	18
<b>5. Alteraciones de la mucosa bucal potencialmente malignas</b> .....	<b>19</b>
5.1 Leucoplasia .....	19
5.2 Eritroplasia .....	21
5.3 Queilitis actínica .....	24
<b>6. Principales condiciones patológicas y no patológicas que se deben excluir para los diagnósticos provisionales</b> .....	<b>25</b>
6.1 Entidades blancas de la mucosa bucal .....	25
6.2 Entidades rojas de la mucosa bucal .....	27
6.3 Entidades que se deben descartar para el diagnóstico de queilitis actínica .....	27
<b>Definiciones</b> .....	<b>29</b>
<b>Referencias</b> .....	<b>31</b>
<b>Anexo</b> .....	<b>34</b>



# 1. Introducción

En México, de acuerdo a datos de un estudio reciente, la mortalidad atribuible a cáncer bucal (CB) ha permanecido estable en las últimas dos décadas (de 1.13/100,000 en 1979 a 1.08/100,000 en 2003), no se cuenta con registros nacionales que proporcionen información sobre la incidencia de este padecimiento en nuestro país.<sup>1</sup> Sin embargo en cifras reportadas por la Agencia Internacional para el Estudio del Cáncer (IARC), en el año 2002 se notificaron 1642 nuevos casos y 550 defunciones por cáncer de la cavidad bucal (CCB), lo que representa el 0.8% de todos los casos de cáncer reportados en ese año en México.<sup>2</sup>

En diversos estudios, se ha informado que el carcinoma de células escamosas (llamado así porque se desarrolla a partir de los epitelios escamosos), es la neoplasia maligna más frecuente reportada en la cavidad bucal (90-98%),<sup>3,4</sup> siendo los sitios más afectados el piso de la boca y los bordes laterales de la lengua.<sup>1,5-8</sup> Generalmente, en etapas iniciales, el cáncer bucal es clínicamente difícil de detectar, por lo que es necesario que el Cirujano Dentista, así como el Médico, adquieran conocimientos para detectar cambios sutiles en la cavidad bucal que puedan corresponder a alteraciones potencialmente malignas.

Recientemente, la Organización Mundial de la Salud y el centro de precáncer y cáncer bucal del Reino Unido, en una reunión de trabajo con la participación de expertos de varias nacionalidades, revisaron las definiciones y clasificación de las lesiones antes llamadas premalignas. En consenso, el grupo de trabajo recomendó eliminar los términos de condiciones y lesiones premalignas por el de **alteraciones la mucosa bucal potencialmente malignas de (APM)**.<sup>9</sup> Estas APM frecuentemente se presentan como manchas, placas o erosiones, rojas y/o blancas, que clínicamente son conocidas como leucoplasia, leucoplasia verrugosa proliferativa, eritroplasia, queilitis actínica, fibrosis

submucosa y lesiones palatinas por hábito tabáquico invertido. Estudios epidemiológicos han reconocido a estas entidades con potencialidad a transformarse en cáncer, particularmente la eritroplasia con un riesgo reconocido de hasta 82%.<sup>9-14</sup>

En nuestro país, una gran proporción de los pacientes con CB son diagnosticados en etapas tardías de la enfermedad (estadio del sistema TNM: III y IV), lo que representa para los pacientes un peor pronóstico, tratamientos más complejos y costosos, y menor sobrevivencia, en comparación con aquellos con diagnóstico oportuno.<sup>1,15-19</sup>

La exploración sistemática de la cavidad bucal, además de sencilla y no invasiva, proporciona información importante para el profesional de la salud, y representa una herramienta útil en el diagnóstico de alteraciones de la mucosa bucal de naturaleza local o sistémica. Por lo anterior, el objetivo del presente manual de procedimientos es enfatizar la importancia del examen bucal sistemático en todo paciente que requiera tratamiento dental, con el fin de identificar tempranamente y distinguir las entidades patológicas y no patológicas de las lesiones malignas y desórdenes potencialmente malignos de la mucosa bucal.

## 2. La Mucosa Bucal

La mucosa bucal (MB), tiene entre sus funciones la protección a los tejidos subyacentes de la cavidad bucal, la sensibilidad, la regulación de la temperatura, y la secreción de saliva, enzimas y anticuerpos (**cuadro 1**). Presenta adaptaciones o variantes de la normalidad que son el resultado de cambios evolutivos, no heredados, y algunas son resultados de la función durante la vida del individuo.

**Cuadro 1. Funciones de la mucosa bucal**

<b>Protección</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tejidos subyacentes</li> <li>• Fuerzas masticatorias</li> <li>• Invasión de microorganismos</li> <li>• Bacterias</li> <li>• Virus</li> <li>• Hongos</li> </ul>
<b>Sensación</b>
Receptores para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tacto</li> <li>• Dolor</li> <li>• Gusto</li> </ul>
<b>Secreción</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saliva</li> <li>• Fluidos creviculares</li> <li>• Enzimas</li> <li>• Inmunoglobulinas</li> </ul>
<b>Regulación Térmica</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mínima</li> </ul>

### 2.1 Funciones de la MB

**Protección.** Principalmente, la MB actúa como una barrera. Debido a que está expuesta a fuerzas mecánicas, de compresión y tensión (producidos por la masticación y mordeduras), sufre abrasiones por alimentos duros y aparatos protésicos. La integridad de

la MB evita la invasión de microorganismos patógenos y no patógenos residentes en la cavidad bucal a tejidos subyacentes, lo que ocasionalmente causaría una infección.<sup>20</sup>

**Sensación.** En la MB existen receptores que responden a la temperatura, al tacto, al dolor y al gusto. Los receptores del gusto, exclusivos de la cavidad bucal, se localizan en las papilas circunvaladas, fungiformes y foliadas de la superficie lingual.

**Secreción.** Esta función está asociada a la producción de saliva por las glándulas salivales mayores (parótidas, submaxilares y sublinguales) y la gran cantidad de glándulas menores distribuidas en la mucosa vestibular, labial, de la base de la lengua y el paladar. La composición de la saliva es 99% agua, y fluidos provenientes también del surco crevicular, que contienen leucocitos, enzimas e inmunoglobulinas, que participan de manera importante en las funciones de protección, hidratación y lubricación de la MB.

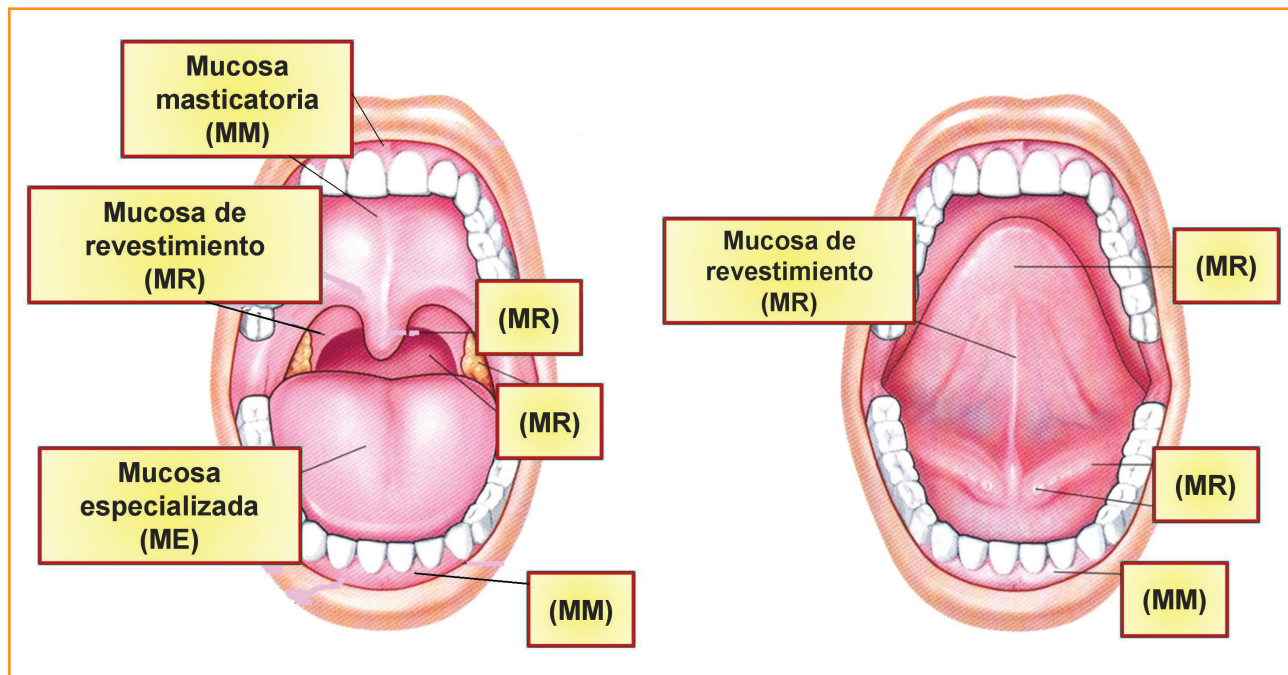
**Regulación térmica.** Esta función es mínima; sin embargo, la mucosa de la cavidad bucal refleja la temperatura corporal del individuo.

### 2.2 Organización de la mucosa bucal

La mucosa bucal, de acuerdo a su estructura, se clasifica en tres tipos: a) de cubierta o revestimiento, b) masticatoria y c) especializada (**figura 1 y cuadro 2**).



Figura 1. Tipos de mucosa bucal de acuerdo a su función.



Adaptado de: Thibodeau G, Patton G. Anatomía y fisiología. 8a Edición. Editorial Mosby, St. Louis 2007.

Cuadro 2. Organización de la mucosa bucal

Revestimiento
• Mucosa de los carrillos
• Paladar blando
• Vientre de lengua
• Piso de boca
Masticatoria
• Encías
• Paladar duro
Especializada
• Dorso de la lengua

**A. La mucosa de cubierta o revestimiento**, es no queratinizada, flexible, de color rosado y reviste la parte interna de los carrillos, los labios, el paladar blando, el vientre y el piso de la boca. La mucosa del vientre de la lengua y del piso de la boca es la más vascularizada y delgada de toda la MB.<sup>20</sup>

**B. La mucosa masticatoria** cubre estructuras inmóviles como las encías y el paladar duro, es paraqueratinizada, de color rosa pálido, y es firme y gruesa debido a que se encuentra expuesta a las fuerzas compresivas y abrasivas de la masticación

**C. La mucosa especializada** es paraqueratinizada, se localiza en el dorso de la lengua y se encuentra asociada a la función gustativa gracias a las papilas localizadas en toda su superficie.

### 3. Lesiones Elementales

Las alteraciones de la mucosa bucal potencialmente malignas, al igual que el cáncer bucal, tienen una gran variedad de presentaciones clínicas, que se encuentran dentro del espectro de las llamadas lesiones elementales. A continuación se describen algunas de las principales lesiones elementales.<sup>21</sup>

**Mácula o mancha.** Área circunscrita con cambio de color sin elevación o depresión de los tejidos circundantes, no es palpable (figura 2 a y b).

Figura 2 a. Mácula melanótica intrabucal



Figura 2 b. Mácula melanótica labial



**Placa.** Elevación de la superficie de la mucosa, generalmente bien definida, con bordes bien o mal circunscritos y de superficie lisa, rugoso, o de aspecto verrugoso (figura 3).

Figura 3. Placa blanca en borde lateral en lengua



**Úlcera.** Lesión que se caracteriza por la pérdida de la superficie epitelial, quedando expuesto el tejido conectivo. La profundidad varía y la zona central o fondo puede tener aspecto hemorrágico, o cubierto por una membrana de color blanco, grisáceo, o amarillento, los bordes son lisos y eritematosos o indurados firmes y elevados (figura 4 a y b).

Figura 4 a. Úlcera en surco vestibular inferior

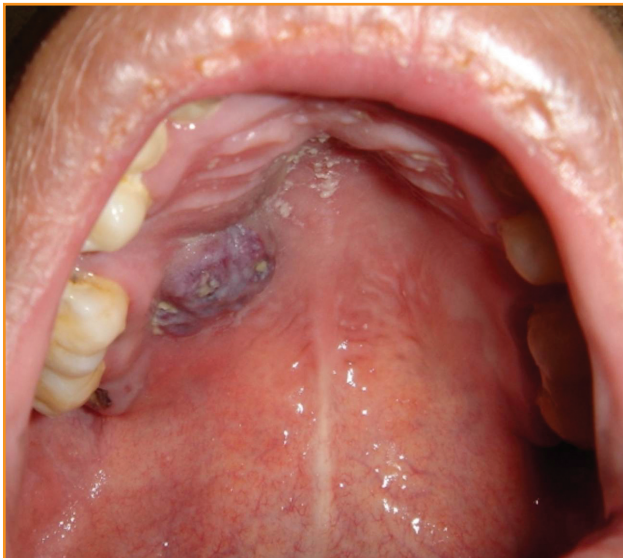


Figura 4 b. Úlceras en mucosa labial superior



**Tumor.** Neoformación de una porción de tejido. Es palpable, circunscrito, elevado, y constituido por proliferación tisular (figura 5).

Figura 5. Tumor. Sarcoma de Kaposi en paladar



**Pápula.** Elevación superficial redonda, ovoide, sólida que mide menos de 0.5 cm. de diámetro, palpable, generalmente de base sésil (figura 6).

Figura 6. Pápula



**Nódulo.** Aumento de volumen localizado, generalmente sólido, palpable, circunscrito, suele medir de 0.5 mm hasta varios centímetros (figura 7).

Figura 7. Nódulo en encía superior



## 4. Examen Bucal

A través del examen bucal, se podrán identificar cambios (patológicos y no patológicos) en la MB, distinguibles de entidades con potencial de malignidad. Para este fin, se definen como «*variantes anatómicas de la normalidad*» o «*entidades no patológicas*» a todas aquellas adaptaciones o cambios evolutivos que sufre la MB durante la vida del individuo. Estas modificaciones son tan frecuentes e inocuas que no necesariamente representan una patología en la MB.<sup>22</sup>

Por otro lado, «*las lesiones bucales*» o «*entidades patológicas*» son aquellas alteraciones en la MB resultado de traumatismos, infecciones (bacterianas, virales o micóticas), o asociadas a padecimientos sistémicos, nutricionales, de etiología autoinmune o neoplásica.<sup>22</sup>

Para la exploración correcta de la MB, ésta se divide en regiones anatómicas, lo cual sistematiza la exploración y evita la omisión de alguna zona en particular. El examen bucal debe realizarse considerando las medidas universales para el (control de infecciones), y siguiendo siempre la misma rutina, con adecuada iluminación y usando el espejo plano o abatelenguas desechables, gasas para la retracción de la lengua, cubrebocas y guantes de látex desechables.<sup>23</sup> (figura 8 a y b).

La exploración topográfica de la boca se iniciara con las estructuras bucales externas para continuar con la cavidad bucal propiamente dicha.

**Figura 8 a. Examen bucal con medidas universales para el control de infecciones**



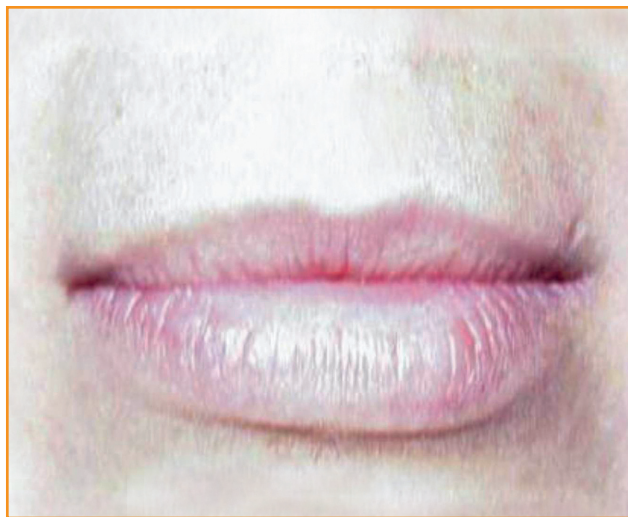
**Figura 8 b. Examen bucal**



#### 4.1 Bordes bermellones

Zona que limita por fuera a la cavidad bucal, generalmente son de color rosado, sin apéndices dérmicos como folículos pilosos y glándulas sudoríparas y sebáceas, la superficie es suave y lisa. No es propiamente mucosa, es la unión e intersección de la mucosa labial con la piel (**figura 9**).

**Figura 9. Bordes bermellones**



La exploración se realizará visual, y digitalmente con ayuda de los dedos índice y pulgar, recorriendo toda la superficie externa e interna de los labios. Se examinará la forma, consistencia y color, el cual variará de acuerdo a las características de la piel del sujeto examinado. Los bordes bermellones generalmente son lisos y suaves. Para valorar las comisuras bucales se le solicitará al paciente que abra la boca y se examinará la integridad de éstas.<sup>20</sup>

*Condiciones no patológicas:* En este sitio es común encontrar los gránulos de Fordyce, que corresponden a glándulas sebáceas ectópicas, y que aparecen como pequeñas pápulas, variables en número, de color blanco-amarillento. Los gránulos de Fordyce tienen alta prevalencia en la población mexicana, y se han reportado en 32% en individuos adultos de comunidades urbanas y en indígenas zapotecos (**figura 10**). Tam-

bién resulta un hallazgo común la presencia de pigmentación melánica, que puede presentarse en forma focal (mácula melanótica) o diseminada.<sup>22,24</sup>

Es importante mencionar que en esta área, el cáncer de células escamosas se presenta predominantemente en el bermellón inferior en 63% los casos, asociado a la exposición a la luz ultravioleta.<sup>25</sup>

**Figura 10. Gránulos Fordyce bermellón superior**

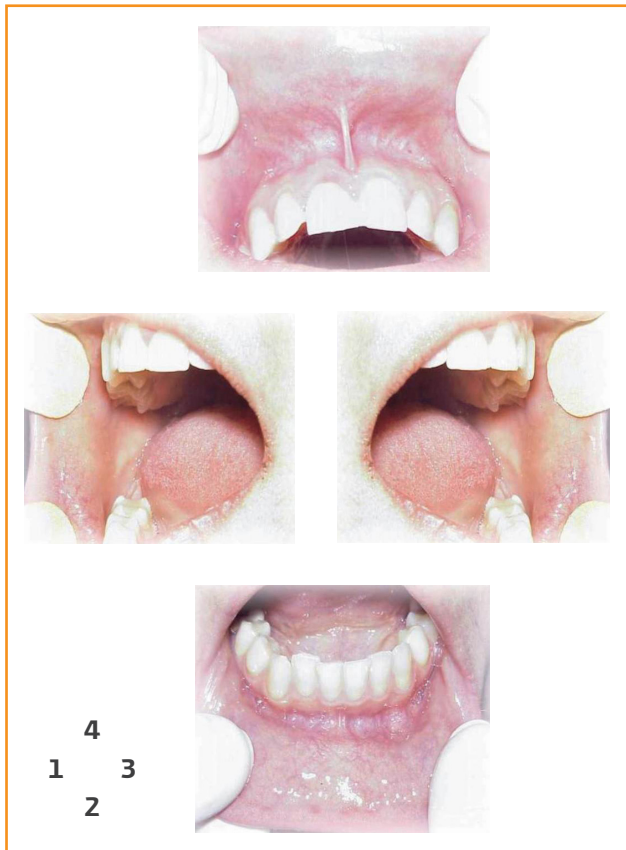


#### 4.2 Mucosa bucal

La mucosa bucal reviste a los carrillos y la mucosa labial la mucosa interna de los labios superior e inferior. Los pliegues mucocutáneos, son elásticos y suaves. El color generalmente es rosa, es flexible e hidratada. Su exploración se realizará, siguiendo un trayecto en forma de ovalo: de la región posterior superior del lado derecho desde el fondo de saco, a la comisura labial invirtiendo la mucosa del labio inferior para su visualización, dirigiéndose a la mucosa del lado izquierdo, hacia arriba para explorar la mucosa del labio superior e invirtiendola, concluyendo en la mucosa posterior del lado derecho. El examen digital con el dedo índice y desde arriba hacia abajo y hacia adelante ejerciendo ligera presión, para identificar cualquier alteración en la estructura o aumentos de volumen profundos. En esta área, a nivel del segundo molar superior se encuentra la salida del conducto parotídeo, que sobresale como un pe-

queño aumento de volumen en los adolescentes y adultos jóvenes (**serie de figuras 12**).

**Figura 12. Serie de fotos mucosa bucal**



*Condiciones no patológicas:* Es común encontrar la línea alba oclusal, una línea blanca horizontal que corre al nivel de las superficies oclusales, y que es resultado del aumento en la queratina, producto de la irritación crónica de las cúspides dentarias a través de las fuerzas masticatorias (**figura 13**). Los gránulos de Fordyce en este sitio se presentan con las mismas características descritas para la zona labial (**figura 14**). El leucoedema se presenta como un velo blanquecino difuso opalescente bilateral, que desaparece al estirar la mucosa (**figura 15 a y b**).

En esta área, las LPM (leucoplasia) se presentan de 24 a 44% de los casos, relacionados al hábito tabaquico.<sup>11</sup>

**Figura 13. Línea alba oclusal en mucosa bucal**



**Figura 14. Gránulos de Fordyce en mucosa bucal**



**Figura 15 a. Leucoedema en mucosa bucal relajada**



**Figura 15 b. Leucodema, tracción de la mucosa, desaparece**



### 4.3 Encía

A continuación se examinan las características de las encías superior e inferior. Se le pedirá al paciente que parcialmente cierre la boca, con los dedos se elevará la mucosa labial (primero superior, después inferior), para visualizar cuidadosamente desde la región anterior a la posterior. El color de la encía adherida adyacente a los dientes es rosa pálido y la consistencia es firme. Las papilas interdentes y la encía libre tienen un color más intenso que la encía insertada (figura 16).<sup>20</sup>

**Figura 16. Encía**



*Condiciones no patológicas:* Es común identificar, particularmente en la región anterior, áreas pigmentadas de forma lineal con bordes difusos de color oscuro pardo-ambarrino denominada pigmentación fisiológica o racial (figura 17). Esta condición no patológica es muy frecuente en jóvenes y adultos de ambos géneros de nuestra población y su prevalencia se ha reportado en 41%.<sup>24</sup> En la región lingual inferior con frecuencia se identifican torus linguales, que son crecimientos óseos redondeados (figura 18).

La frecuencia de carcinoma escamocelular en la encía inferior es particularmente alta en pacientes con consumo de tabaco y alcohol.<sup>26</sup>

**Figura 17. Máculas melanóticas en encías**



**Figura 18. Torus lingual**

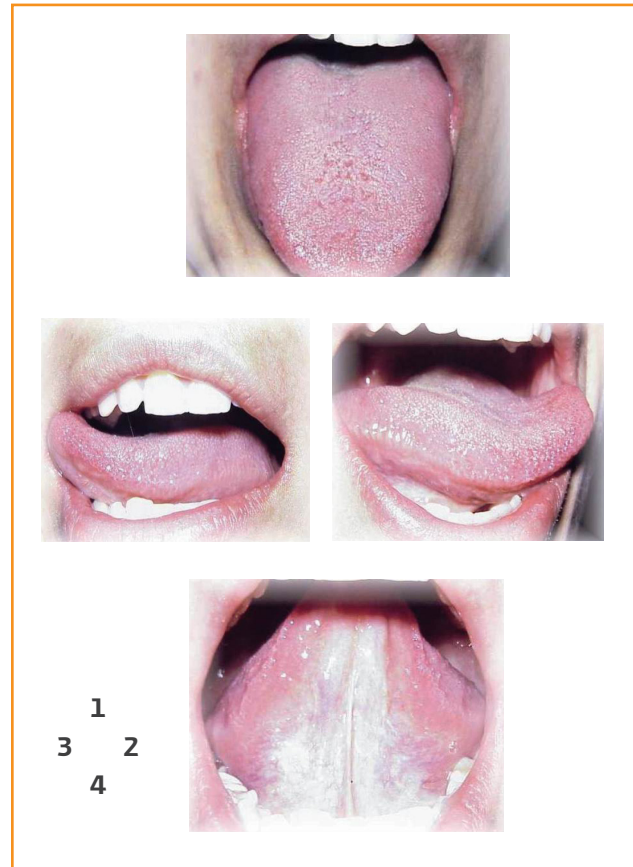


## 4.4 Lengua

La lengua comprende: una parte móvil (parte anterior y dos tercios), superficie dorsal, bordes laterales y vientre. El dorso está cubierto por numerosas papilas filiformes, fungiformes (contienen corpúsculos gustativos) y de 6-8 papilas circunvaladas que también tiene corpúsculos gustativos, es de color rosado y blanquecino por la queratina de las papilas filiformes y fungiformes. Los bordes laterales son levemente corrugados, y presentan las papilas foliadas localizadas en la parte postero-lateral. El vientre está unido al piso de la boca por el frenillo lingual, que presenta a los lados los conductos de las glándulas salivales submandibulares. La mucosa del vientre de la lengua es delgada, con más color que el dorso y presenta a las venas linguales. El piso de la boca tiene forma de herradura y se extiende desde el vientre de la lengua a la encía anterior y lateral del proceso mandibular inferior. La mucosa de esta área reviste a los músculos milohioideo y geniogloso, es muy delgada y está bien vascularizada.

Se le solicitará al paciente que extienda la lengua hacia fuera tratando de tocar su barbilla y con la ayuda de una gasa que sostenga la punta de la lengua, se examinará con cuidado primero el dorso, posteriormente los bordes laterales (derecho e izquierdo) raspando ligeramente, finalmente, con la ayuda de un abatelenguas o el espejo plano deprimiendo ligeramente la base (sin provocar molestia al paciente), las papilas circunvaladas y la pared posterior de la orofaringe. Para explorar el vientre lingual se solicitará al paciente que trate de tocar con la punta de la lengua el paladar duro. El piso de la cavidad bucal se explora digitalmente, cuidadosamente con el dedo índice deslizando del lado derecho al izquierdo palpando, explorando si existiera algún aumento de volumen o alguna otra alteración en esta mucosa (**serie de figuras 19**).

**Figura 19. Serie de fotos de lengua**



**Condiciones no patológicas:** La más común es la pigmentación fisiológica o racial, caracterizada por manchas oscuras o de color café en el dorso y los bordes laterales linguales, principalmente en adultos mayores (**figura 20**). La glositis migratoria benigna (lengua geográfica), es frecuente en niños y jóvenes, clínicamente se presenta en el dorso con áreas rojas irregulares de mucosa atrófica bien delimitadas por bordes blanquecinos de forma anular que tienden a cambiar de lugar (**figura 21**).<sup>27</sup> Es necesario distinguir esta entidad de la candidosis eritematosa, que se presenta en pacientes diabéticos, ancianos, o pacientes que se encuentren con tratamiento prolongado de medicamentos inmunosupresores, y se observa como una mancha o zona roja depapilada en el dorso lingual por delante de las papilas circunvaladas, generalmente es



asintomática (**figura 22**).<sup>28,29</sup> La lengua escrotal o fisurada se caracteriza por tener superficie dorsal cruzada por surcos de diferente profundidad y extensión, que dibujan en su trayecto diversas figuras. Su causa no está definida; pero aumenta con la edad y afecta a ambos sexos. Generalmente presenta un surco central, del cual parten otras fisuras que llegan hasta los bordes de la lengua (**figura 23**).<sup>22</sup> En individuos de la tercera edad, es común observar en el vientre lingual, vasos sanguíneos tortuosos y de color oscuro formando várices sublinguales (**figura 24 a y b**).<sup>22</sup>

**Figura 20. Máculas melanóticas en lengua**



**Figura 21. Glotitis migratoria benigna (lengua geográfica)**



**Figura 22. Candidosis eritematosa en dorso de lengua**



**Figura 23. Lengua fisurada**



**Figura 24 a. Várices sublinguales, vientre de lengua**



Figura 24 b. Várices sublinguales, vientre de lengua



Es importante resaltar que el 75% del cáncer de lengua se presentan en los bordes laterales como una lesión roja mixta que evoluciona a una úlcera endofítica con bordes indurados, o, como tumoración firme y ulcerada.<sup>7</sup> En el piso de la boca, esta región anatómica en forma de U, se conoce como la herradura del cáncer, es el segundo sitio más frecuente de cáncer en boca. La leucoplasia y eritroplasia cuando se presentan en esta zona, tienen un alto riesgo de transformación maligna.<sup>3,11</sup> La presencia de un tumor maligno en el piso de la boca, resulta en una diseminación rápida a los ganglios regionales y metástasis a distancia.

#### 4.5 El paladar

Se divide anatómicamente en dos partes: paladar duro y paladar blando. El color del paladar duro es rosa pálido, la mucosa es firme y queratinizada. Al paladar duro se le examinarán las rugas palatinas o cambios de color la presencia de manchas, úlceras o aumentos de volumen (figura 25). La mucosa del paladar blando es de color rojizo es muy elástica y en esta zona ocasionalmente se presentan tumores de tejidos adyacentes a la orofaringe.

Figura 25. Paladar



*Condiciones no patológicas:* Se presentan exostosis de forma ovoide, redonda o lobulada conocidos como torus palatinos (figura 26). Una condición patológica que hay que identificar en pacientes con hábito tabáquico crónico, la estomatitis nicotínica, se presenta como una placa blanca-grisácea, con numerosas pápulas eritematosas con depresión al centro, que consisten de glándulas salivales menores inflamadas en pacientes fumadores crónicos de gran intensidad. El cáncer bucal no es común en esta región, pero puede llegar a presentarse infiltrando el hueso adyacente, y penetrando a la cavidad nasal y al seno maxilar.

Figura 26. Torus palatino



## 5. Alteraciones de la mucosa bucal potencialmente malignas

Las alteraciones potencialmente malignas son entidades que están asociadas a alteraciones en la homeostasis en el epitelio bucal que desencadenan su transformación maligna. La más común de ellas es la leucoplasia bucal.<sup>10-12,30</sup>

### 5.1 Leucoplasia

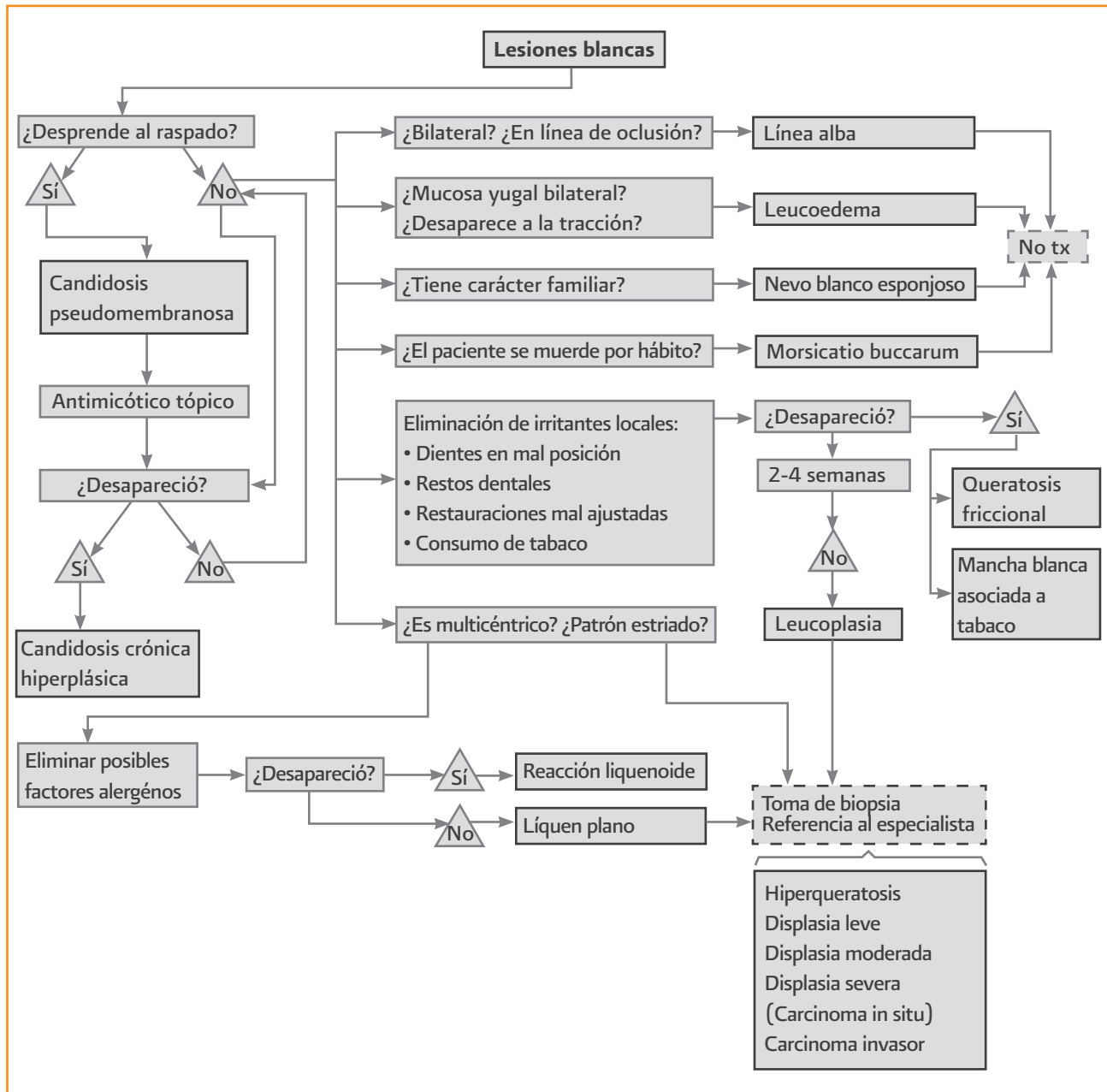
El término leucoplasia es una descripción clínica y debería usarse para identificar a lesiones blancas con riesgo dudoso de malignidad, después de haber excluido otras enfermedades o alteraciones conocidas (lesiones blancas) que no implican aumento de riesgo de cáncer. La prevalencias reportadas para esta entidad varía de 2.6% a 14.6%.<sup>11,12</sup> El riesgo de transformación a CB es individual y depende de diferentes factores de riesgo especialmente tabaquismo, alcoholismo, estilo de vida, inmunosupresión y probablemente algunos virus.<sup>10,11, 31</sup>

Al identificar clínicamente una lesión blanca, se debe realizar un diagnóstico provisional que consiste en la exclusión de otras entidades blancas no patológicas y patológicas como: leucoedema, mordisqueo del carrillo, queratosis fraccional, candidosis pseudomembranosa, leucoplasia vellosa.<sup>9</sup> El diagnóstico definitivo se realizará ejecutando el ejercicio de ruta diagnóstica para lesiones blancas. (**Fig. 27**) es decir, una vez que se hallan descartando los posibles factores traumáticos o infecciosos de todas las entidades que se presentan como manchas o placas blancas, y si la lesión persiste después de tres semanas, es obligatorio remitir el caso a la consulta especializada, ya sea segundo nivel o de patología bucal usando la hoja de referencia (**Anexo 1**) para el establecimiento del diagnóstico definitivo.<sup>9</sup>

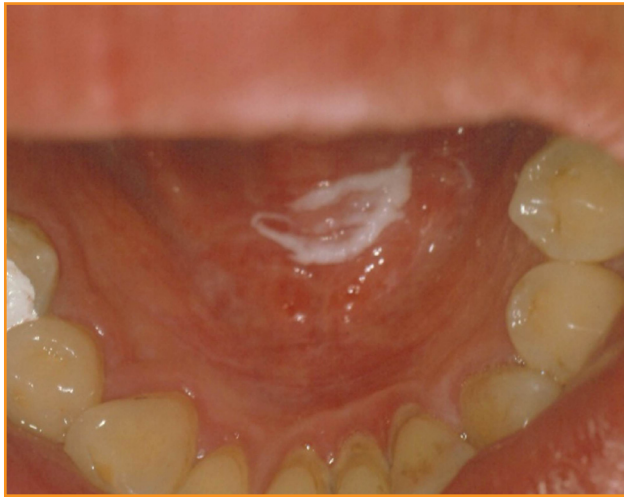
La leucoplasia se clasifica en homogénea y no homogénea. La forma homogénea se describe como una placa uniformemente plana blanca, a menudo con superficie lisa o rugosa (**figuras 3 y 28 a y b**). En numerosos

casos las lesiones blancas en la MB bucal resultan en el diagnóstico histológico en queratosis friccionales, lesiones traumáticas que clínicamente son muy similares al leucoplasia homogénea, por esto, la importancia de realizar el ejercicio de las rutas de diagnóstico para lesiones blancas. Las lesiones no homogéneas son placas blancas combinadas con eritema, erosiones, nódulos o proyecciones exofíticas y se denominan leucoplasia moteada, nodular.<sup>9,10</sup> Epidemiológicamente el rango de transformación maligna para la leucoplasia homogénea es muy bajo, sin embargo, se ha reportado que de todas las verdaderas APM blancas en 85% son lesiones potencialmente malignas.<sup>11,12</sup> En 1985, Hansen y colaboradores describieron una lesión blanca, corrugada con proyecciones exofíticas a la que denominó leucoplasia verrugosa proliferativa, una enfermedad de origen desconocido que muestra una fuerte tendencia a desarrollar áreas de carcinoma. (**figura 29**)<sup>32</sup> Los sitios de presentación más frecuentes son surco alveolar mandibular, piso de la boca, vientre, los bordes laterales de la lengua y el paladar.<sup>10,11</sup> La variante no homogénea es mixta (blanca y roja), y tienen un mayor potencial de transformación maligna que la forma homogénea, también es llamada eritroleucoplasia (**figura 30**), en esta variante se identifican áreas eritematosas entre las líneas queratósicas.<sup>9-11</sup>

Figura 27. Ruta diagnóstica lesiones blancas



**Figura 28 a. Leucoplasia en piso de boca**



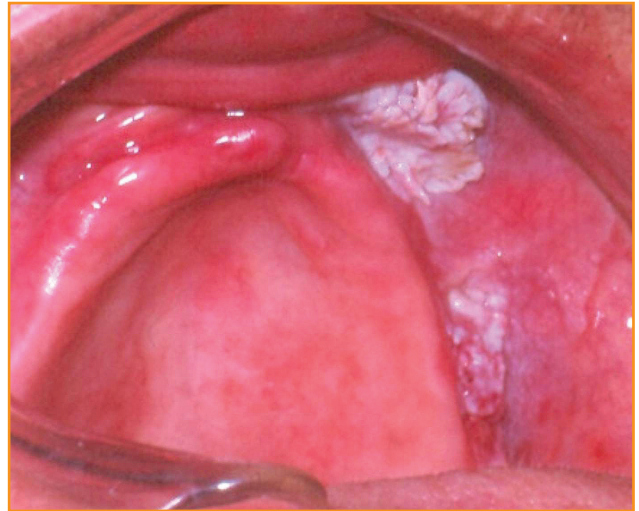
**Figura 28 b. Leucoplasia homogénea en vientre de lengua**



**Figura 29. Leucoplasia verrugosa en mucosa bucal**



**Figura 30. Leucoplasia no homogénea en surco vestibular posterior, leucoplasia verrugosa en surco vestibular anterior**



## 5.2 Eritroplasia

Es otra alteración de la mucosa con gran potencial de transformación maligna.<sup>9,19,33</sup> La eritroplasia es una mácula roja, que puede tener una superficie granular que no puede ser caracterizada clínicamente o patológicamente como otra lesión roja específica, o ser atribuida a causas traumáticas, vasculares o inflamatorias.<sup>9,11,19</sup> La eritroplasia en etapas tempranas suele ser una lesión asintomática, que puede ocurrir en cualquier área de la mucosa bucal, principalmente en el paladar blando, el piso de la boca, lengua, mucosa alveolar mandibular. En etapas tardías las maculas tienden a formar úlceras endofíticas con bordes indurados o elevados y fondo firme. Ocasionalmente, las lesiones llegan a formar neoformaciones rojas de aspecto tumoral con superficie ulcerada o granular con áreas blancas.<sup>33</sup>

Sus variantes clínicas son la forma homogénea y la no homogénea. La homogénea es una mancha o placa roja bien delimitada con superficie lisa, y la no homogénea puede presentar granulaciones blancas, o nódulos queratósicos en su superficie, cambios similares a los que presenta la leucoplasia.<sup>19,33</sup> En estudios epidemiológicos, han reportado que máculas rojas de espec-

to inocuo de varias semanas de evolución el 51% de las eritroplasias homogéneas correspondieron a carcinoma invasivos, 40% a carcinomas *in situ*, y 9% se presentaron con moderados cambios premalignos.<sup>19</sup> (figuras 31 a, b y c) Por eso la importancia de estudiar cualquier lesión roja en la MB. Entre las lesiones rojas que se tienen que excluir para dar un diagnóstico provisional son entidades rojas crónicas de más de tres a cuatro semanas de evolución. La candidosis eritematosa del dorso de la lengua (figura 22) o la que se presenta en el paladar duro asociada al uso de prótesis bucales son las más sugestivas (figura 32), el liquen plano atrófico o ulcerado (figura 33), úlceras de mas de 4 semanas de evolución (figura 34) o lesiones crónicas de la mucosa como el pénfigo y penfigoide o hemangiomas. Para las lesiones sugestivas de candidosis, la citología exfoliativa es el auxiliar de diagnóstico indicado, sin embargo, es importante subrayar que cuando una lesión no desaparece después de tres semanas del tratamiento, y en virtud de la necesidad de la toma de la biopsia, y de realizar el diagnóstico definitivo, es imperativo realizar el ejercicio de la ruta diagnóstica para las lesiones rojas (figura 35) y la referencia del paciente a otras instituciones de segundo nivel, o especializado en patología bucal usando la hoja de referencia diseñada para este objetivo (anexo 1), para el estudio complementario del paciente.

**Figura 31 a. Eritroplasia homogénea en área retro-molar**



**Figura 31 b. Eritroleucoplasia en mucosa bucal**



**Figura 31 c. Eritroleucoplasia (carcinoma escamocelular)**



**Figura 32. Candidosis asociada a prótesis (subplaca)**



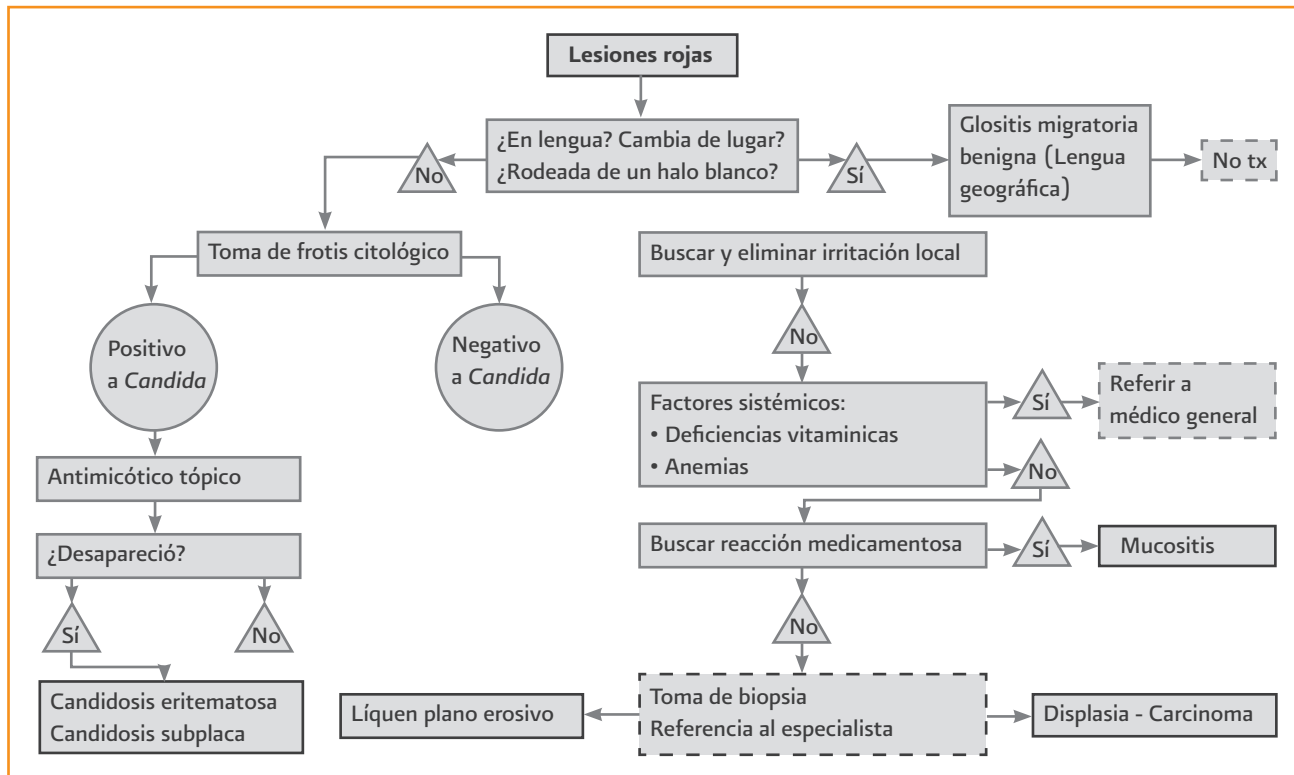
**Figura 33. Liqueen plano erosivo**



**Figura 34. Úlcera traumática (úlceras eosinófilas) diagnóstico diferencial de carcinoma**



Figura 35. Ruta diagnóstica lesiones rojas



### 5.3 Queilitis actínica

Es considerada una APM localizada en el borde bermellón de varios meses de evolución.<sup>34-36</sup> El cáncer del labio inferior, particularmente en el inferior, ocupa el 11% de todos los carcinomas de la cavidad bucal (figura 37).<sup>36</sup> Se presenta en personas expuestas a los rayos del sol por muchos años produciendo un daño irreversible (figura 36).<sup>34</sup>

El labio inferior es un sitio frecuente de cáncer bucal, apareciendo comúnmente como úlceras asintomáticas. El cáncer del labio inferior, ocupa el 11% de todos los carcinomas de la cavidad bucal (figura 37).<sup>36</sup> Se presenta en personas expuestas a los rayos del sol por muchos años produciendo un daño irreversible (figura 36).<sup>34</sup>

Figura 36. Queilitis actínica borde bermellón inferior





## 6. Principales condiciones patológicas y no patológicas que se deben excluir para los diagnósticos provisionales

### 6.1 Entidades blancas de la mucosa bucal

#### Condiciones no patológicas

**Leucoedema.** Velo blanco grisáceo bilateral de apariencia plegada, que se extiende en toda la mucosa vestibular que desaparece al traccionar la mucosa. El diagnóstico es clínico y no requiere de tratamiento (vea figura 15).

**Línea alba oclusal.** Línea blanco amarillenta bilateral distribuida a la altura de las coronas o cúspides de los dientes posteriores, que no desprende al raspado. Se debe a trauma por irritación crónica de los dientes, produciendo ocasionalmente queratosis y no requiere tratamiento (vea figura 13).

**Gránulos de Fordyce.** Múltiples pápulas de 1-2 mm de diámetro de color amarillento, asintomáticas localizadas frecuentemente en mucosa vestibular, área retromolar, borde bermellones. Se deben a glándulas sebáceas ectópicas, predominantemente se presentan en adultos que en niños (figura 10 y 14).

#### Condiciones patológicas.

**Mordisqueo del carrillo.** Es una lesión facticia auto-infligida, en la mucosa vestibular generalmente bilateral, presenta un aspecto descamado del epitelio bucal superficial asociado a zonas traumáticas, ocasionadas por los dientes. No requiere de biopsia, remite al desaparecer el trauma dental (figura 38).<sup>22</sup>

Figura 38. Mordisqueo de carrillo en mucosa bucal



**Queratosis Friccional.** Entidad de etiología traumática, debida a irritación crónica de la mucosa por agentes traumáticos como prótesis mal ajustadas, ganchos lacerantes, aparatos de ortodoncia, y que no se desaparece cuando se tracciona o se raspa. Siempre se identificará el agente causal asociado. Se recomienda cuando se identifique una lesión de este tipo, se eliminen los factores traumáticos asociados y si en el curso de tres a cuatro semanas la entidad no desaparece, se debe referir al paciente a un servicio de especializado de patología bucal o de segundo nivel para realizar una biopsia (figura 39).<sup>10</sup>

**Candidosis Hiperplásica.** Placa blanca homogénea, que ocurre comúnmente en la región anterior de la mucosa bucal y las comisuras bucales, en forma bilateral, originada por un hongo levaduriforme, (generalmente *Cándida*

sp.). Es una infección oportunista asociada a múltiples factores predisponentes.<sup>37</sup> Los pacientes geriatras diabéticos con anodoncia total y pérdida de la dimensión vertical son un grupo de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad.<sup>28</sup> Responde muy bien a antimicóticos tópicos y sistémicos. Puede estar sobreexpuesta a una leucoplasia preexistente o un carcinoma, por lo que es importante recalcar que de no desaparecer con tratamiento tópico, debe referirse inmediatamente a un servicio especializado o de segundo nivel (figura 40 a y b).

**Figura 39. Queratosis friccional**



**Figura 40 a. Candidosis hiperplásica, en comisura bucal**



**Figura 40 b. Candidosis hiperplásica, en borde lateral de lengua**



**Leucoplasia Velloso.** Placa de aspecto vellosa o corrugado en los bordes laterales de la lengua, asintomática, cuyo agente causal es el virus Epstein-Barr.<sup>38</sup> Se asocia a severa inmunosupresión sistémica y es frecuente en pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y con SIDA.<sup>39,40</sup> Sin embargo, también se presenta en paciente inmunocomprometidos por otras causas, ejemplo pacientes con trasplante de órganos sólidos, sin encontrarse infectados por el VIH.<sup>41,42</sup> No requiere tratamiento y no se ha reportado transformación maligna en esta entidad (figura 41).

**Figura 41. Leucoplasia velloso en borde lateral de lengua**



**Liquen plano.** El liquen plano (LP) es una enfermedad mucocutánea crónica inflamatoria, que afecta a la piel y a las mucosas con diferentes presentaciones clínicas: LP reticular, LP en forma de placa, LP erosivo y LP atrófico. Es una enfermedad de adultos mayores de 30 años. Las formas reticular y de placa blanca son diagnóstico diferencial de la leucoplasia. Se presentan como estrías blancas de aspecto reticular en la mucosa vestibular y yugal, en la lengua suele presentarse como placas blancas (**figura 33**).<sup>43</sup>

## 6.2 Entidades rojas de la mucosa bucal

### Condiciones no patológicas

**Glositis migratoria benigna.** Entidad frecuente que se presenta en el dorso de la lengua con predominio en las mujeres. Aparece como múltiples áreas atróficas rojas definidas y depapiladas, bien delimitadas por papilas filiformes ligeramente elevadas blanco-amarillentas formando bordes festoneados, generalmente asintomática, es variante de la normalidad de la MB. No requiere tratamiento (**figura 21**).

### Condiciones patológicas

**Candidosis eritematosa.** Mancha o área roja en ocasiones de aspecto puntiforme, localizada generalmente en el tercio medio o posterior del dorso lingual, mucosa bucal y paladar duro generalmente asintomática ocasionalmente con sensación de ardor espontáneo a los alimentos ácidos y condimentados. Está asociada a múltiples factores como: inmunosupresión, diabetes Mellitus mal controlada, el tabaquismo y la xerostomía entre otras. La citología exfoliativa teñida con Acido Peryodico de Schiff (P. A. S.) debe ser positiva para *Candida sp.* Si después de tres semanas de tratamiento antimicótico, no se observa una respuesta clínica satisfactoria, es importante referir al paciente a un servicio de segundo

nivel o al especialista en patología bucal (**figura 22, 35 y anexo 1**).

**Candidosis asociada a prótesis bucales.** También denominada *candidosis subplaca* es una entidad muy frecuente, la presentan el 88% de los pacientes portadores de placas totales, se asocia además de todos los factores mencionados anteriormente, a la mala higiene bucal y desajuste de la prótesis.<sup>44</sup> Mancha o áreas eritematosas localizadas en el proceso que soporta la prótesis bucal, generalmente asintomáticas y de larga evolución. Toma la forma de la prótesis total o parcial, es asintomática y responde bien al tratamiento antimicótico tópico. La citología se tomará de la mucosa afectada y de la prótesis bucal, se teñirá con P. A. S. y debe ser positiva para *Candida sp.*. La conducta a seguir es similar al de la candidosis eritematosa, si no se resuelve con el tratamiento después de tres semanas (**figura 32, 35 y anexo 1**).

**Liquen plano erosivo.** El LP erosivo se presenta en la mucosa bucal, lingual y ocasionalmente las encías, son áreas atróficas, erosiones y ulceraciones crónicas combinado con las estrías blancas y delicadas, son lesiones de larga evolución muy dolorosas. Escasos reportes lo han asociado a transformación maligna,<sup>45, 46</sup> sin embargo no se ha establecido su relación directa con cáncer bucal.<sup>47</sup> La conducta que se debe seguir es similar al de la candidosis. (**figura 33, 35 y anexo 1**).

## 6.3 Entidades que se deben descartar para el diagnóstico de queilitis actínica

**Queilitis exfoliativa.** Es la exfoliación del epitelio en los bordes bermellones. Se debe a deshidratación crónica de los labios o sobreinfección bacteriana o por hongos. Los labios se encuentran resecos, agrietados, fisurados, pigmentados o cubiertos por escamas de epitelio. Se recomienda la administración de humectantes labiales, bloqueadores solares, antimicóticos

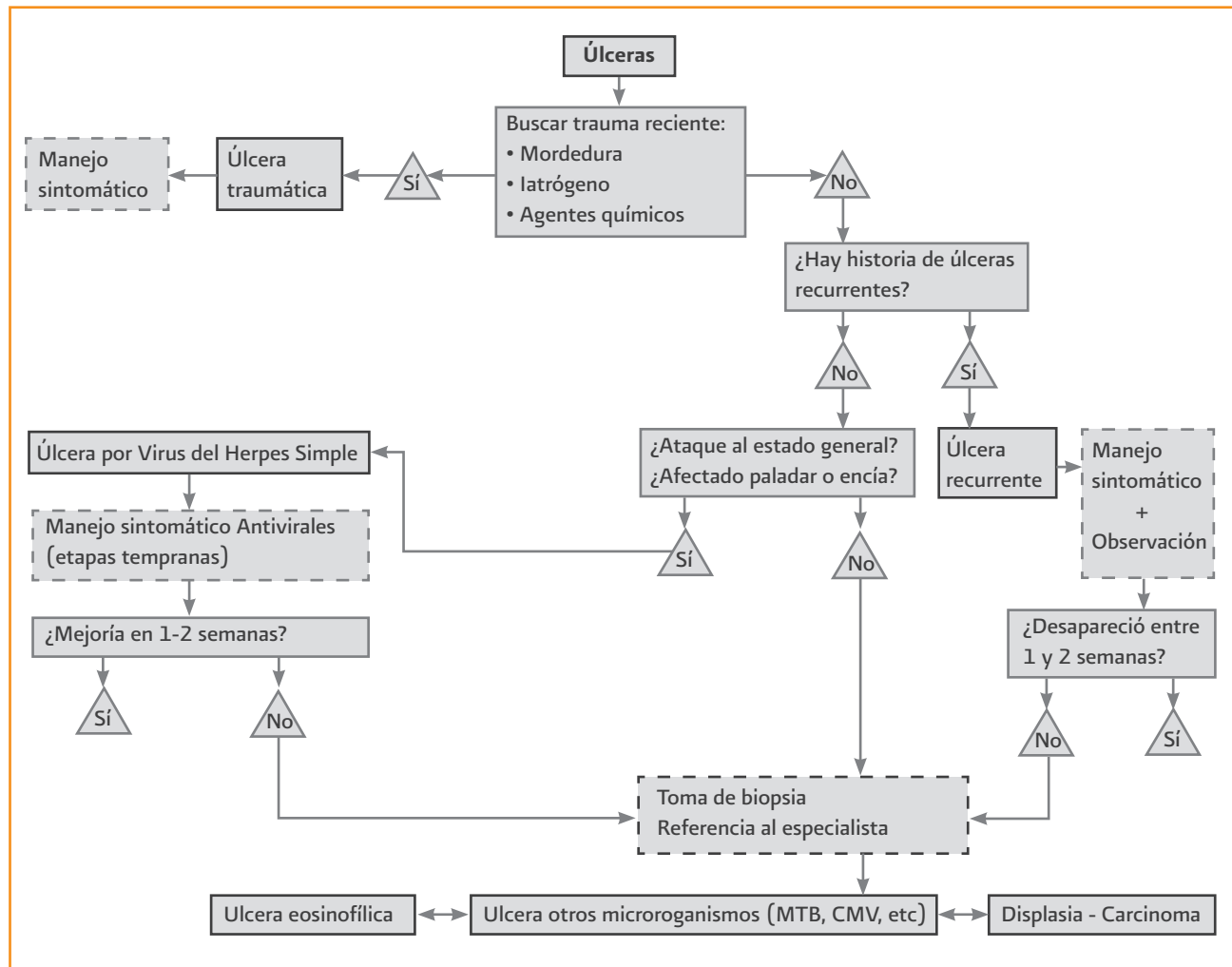
tópicos, Si la lesión persiste la conducta es similar a la de otras alteraciones de mucosa bucal potencialmente malignas.

**Queilitis traumática.** Queilitis traumática. Traumatismo crónico del epitelio de los bordes bermellones. Generalmente se trata de una entidad autoinflingida, por el hábito de morder los labios. Se observan secos fisurados, pigmentados, ocasionalmente con costras secas hemorrágicas. Desaparece al retirar el hábito (figura 42, 43 y anexo 1).

**Figura 42. Queilitis traumática borde bermellón inferior**



**Figura 43. Ruta diagnóstica para úlceras**



## Definiciones

**Candidosis.** Infección oportunista micótica producida por algunos de los tipos de hongos del género *Candida sp.*

**Candidosis hiperplásica.** Mancha o placa de color blanquecino-grisáceo de superficie lisa o rugosa generalmente asintomática localizada en las retrocomisuras labiales, bordes de la lengua o mucosa vestibular. La biopsia reportará en el epitelio de la mucosa, la presencia de hifas de *Candida sp.* teñidas con (ácido Peryodico de Schif) P. A. S.

**Eritroplasia.** Mácula o placa de color rojo aterciopelado que no puede ser diagnosticada, como otra lesión específica y no puede ser atribuida ninguna otra entidad roja conocida, como, por ejemplo: causas traumáticas, infecciosas, vasculares o inflamatorias.

**Gránulos de Fordyce.** Pápulas de 1-2 mm de diámetro de color amarillento, asintomáticas localizadas en mucosa bucal, borde bermellones.

**Línea alba oclusal.** Línea blanco amarillenta bilateral distribuida a la altura de las coronas o cúspides de los dientes posteriores, que no desprende al raspado.

**Lesiones bucales o entidades patológicas.** Alteraciones en la mucosa bucal que se consideran anormales. Se describen como lesiones básicas elementales como manchas, placas, pápulas, úlceras como resultado de traumatismos, infecciones o neoplasias.

**Leucoedema.** Velo blanco grisáceo bilateral de apariencia plegada, que se extiende en toda la mucosa vestibular que desaparece al traccionar la mucosa.

**Leucoplasia.** Mancha o placa blanca en cualquier lugar de la mucosa bucal, que no puede ser caracterizada como ninguna entidad blanca, en donde

el tejido se encuentra morfológicamente alterado, por lo que algunas leucoplasias se transforman en cáncer.

**Liquen plano.** Lesión inflamatoria crónica mucocutánea, asociada a etiología autoinmune que se caracteriza por múltiples pápulas blanquecinas que coalescen formando estrías, anillos y placas en combinación con erosiones o úlceras en cualquier lugar de la mucosa bucal.

**Mancha melanótica.** Cambio de color bien circunscrito de la mucosa, de forma regular y de color café, gris o café-amarillento.

**Melanosis racial o fisiológica.** Mancha de bordes difusos de color marrón o café oscuro localizado en las encías inferior y superior en individuos de color de piel morena y oscura.

**Nevo blanco esponjoso.** Gerodermatosis autosómico dominante, es un defecto en la queratinización normal de la MB. Placas blancas difusas corrugadas que se presentan en toda la boca, no desprenden al raspado.

**Penfigo.** Lesión de etiología autoinmune que se caracteriza por vesículas que se rompen dejando úlceras, que se presenta en cualquier lugar de la mucosa bucal y muy doloroso.

**Queilitis actínica.** Es una entidad potencialmente maligna. Los bordes bermellones se encuentran secos opalescentes, con lesiones blanquecinas queratósicas combinadas con áreas erosivas o atróficas.

**Queilitis descamativa.** Los borde bermellones se observan resecos, fisurados con exfoliación de las capas superficiales epiteliales, asociado a múltiples factores.

**Queratosis friccional.** Placa blanca queratósica que no desaparece a la tracción o al raspado. Siempre se identificará el agente traumático causal asociado.

**Variantes anatómicas de la normalidad o entidad no patológica.** Cambios evolutivos y adaptaciones de la mucosa bucal durante la vida del individuo.

## Referencias


- Anaya SG, Ramírez AVA, Irigoyen CME, Zimbrón RA, Zepeda ZMA. Oral and pharyngeal cancer mortality rates in Mexico 1979-2003. *J Oral Pathol Med* 2008; 37: 11-7.
- Globocan. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2002 Database: Summary tables by cancer. Disponible en: <http://www-dep.iarc.fr>. Agosto, 2008.
- Bsoul SA, Huber MA, Terezhalmay GT. Squamous cell carcinoma of the oral tissues: a comprehensive review for oral healthcare providers. *J Contemp Dent Pract* 2005; 6: 1-16.
- Massano J, Regateiro FS, Januario G, Ferreira A. Oral squamous cell carcinoma: review of prognostic and predictive factors. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006; 102: 67-76.
- Shiboski CH, Shiboski SC, Silverman S Jr. Trends in oral cancer rates in the United States, 1973-1996. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 249-256.
- Antunes JLF, Biazevic MGH, de Araujo ME, et al. Trends in spatial distribution of oral cancer mortality in Sao Paulo, Brazil, 1980-1998. *Oral Oncol* 2001; 37: 345-350.
- Shiboski CH, Schmidt BL, Jordan RCK. Tongue and tonsil carcinoma. Increasing trends in the U.S. population ages 20-44 years. *Cancer* 2005; 103: 1843-1849.
- Morelato RA, Lopez de Blanc SA. Oral cancer mortality in the province of Cordoba, Argentine Republic in the period 1975-2000. A comparative study with other populations. *Med Oral Pathol Oral Cir Bucal* 2006; 11: E250-5.
- Warnakulasuriya S, Johnson NW, van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 2007; 36: 575-580.
- Neville BW, Day TA. Oral cancer and precancerous lesions. *CA Cancer J Clin* 2002; 52: 195-215.
- Napier SS, Speight PM. Natural history of potentially malignant oral lesions and conditions: an overview of the literature. *J Oral Pathol Med* 2008;37:1-10.
- Petti S. Pooled estimate of world leukoplakia prevalence. A systematic review. *Oral Oncol* 2003; 39:770-780.
- Reichart PA, Philipsen HP. Oral erythroplakia. a review. *Oral Oncology* 2005; 41:551-561.
- Cavalcante AS, Anbinder AL, Carvalho YR. Actinic cheilitis: clinical and histological features. *J Oral Maxillofac Surg*. 2008; 66:498-503.
- Ramírez A-V, Esquivel PL, Ochoa CFJ, et al. Cancer of the mobile tongue in Mexico. A retrospective study of 170 patients. *Oral Oncol Eur J Cancer* 1995;31:37-40.
- Frías-Mendivil M, Zeichner Gancz I, Súcil-Bernal L, Ochoa-Carrillo FJ. Epidemiología descriptiva del cáncer de cavidad bucal en el Instituto Nacional de Cancerología (1985-1992). *Rev Inst Nal Cancerol (Mex)* 1997; 43: 80-85.
- Mignogna MD, Fedele S. Oral cancer screening: 5 minutes to save a life. *Lancet* 2005; 365: 1905-1906.
- Laronde DM, Hislop T G, Elwood JM, Rosin MP. Oral cancer: Just the facts. *JCDA* 2008; 74: 269-272.
- Morse DE, Psoter WJ, De la Torre FT, Cruz G, Figueroa N. Detection of very early oral cancers in Puerto Rico. *Am J Public Health* 2008; 98: 1200-1202.
- Oral mucosa. En Nanci A. Ten Cate's. Oral histology, development, structure, and function. 7th. Mosby Elsevier. St Louis Missouri, 2008.p: 319-378.
- Types of skin lesions. En: Fitzpatrick TB, Johnson RA, Wolff K, Polano MK, Suurmond D. Color atlas

- and synopsis of clinical dermatology. Common and serious diseases. Third edition, McGraw-Hill, 1997. p: 949-960.
22. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Developmental defects of the oral and maxillofacial region. En: Oral and Maxillofacial Pathology. 3th edition. Saunders Elsevier, St Louis Missouri. 2009, p: 1-53.
  23. Secretaria de Salud, Manual para la prevención y control de infecciones y riesgos profesionales en la práctica estomatológica en la República Mexicana. Diciembre 2007.
  24. De la Rosa GE, Frías MM, Avila CB, GM, Yashine CA. Alteraciones de la mucosa bucal en individuos zapotecos del valle central de Oaxaca. Temas Selectos de Investigación Clínica III. 1997: 23-35.
  25. Kuauhyama LO, Güemes MA, Villavicencio VV, Mosqueda TA. Lip cancer experience in Mexico. An 11 year retrospective study. Oral Oncol 2004; 40: 992-999.
  26. Addante RR, Mckenna SJ. Verrucous carcinoma. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2006; 18: 513-519.
  27. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Dermatologic diseases. En: Oral and Maxillofacial Pathology. 3th edition. Saunders Elsevier, St Louis Missouri. 2009,p: 741-815.
  28. Guggenheimer J, Moore PA, Rossie K, et al. Insulin-dependent diabetes mellitus and oral soft tissue pathologies. Oral Surg. Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endond 2000; 89: 570-576
  29. De la Rosa GE, Aranda R, Cruz MS, Mondragón PA. Frecuencia de manifestaciones bucales en pacientes diabéticos tipo2 de una unidad de Medicina familiar del IMSS. Revista de Ciencias Clínicas 2006; 7: 81-88.
  30. Van der Waal I, Axell T. Oral leukoplakia. A proposal for uniform reporting. Oral Oncol 2002; 38: 521-526.
  31. Chung CHI, Yang YiH, Wang TY, Warnakulasuriya S. Oral precancerous disorders associated with areca quid chewing, smoking, and alcohol drinking in southern Taiwan. J Oral Pathol Med 2005; 34: 460-466.
  32. Hansen LS, Olson JA, Silverman S Jr. Proliferative verrucous leukoplakia. A long-term study of thirty patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1985; 60: 285-298.
  33. Bouquot JE, Ephros H. Erythroplakia: the dangerous red mucosa. Pract Periodontics Aesthet Dent 1995; 7: 59-67.
  34. Markopoulou A, Albanidou FA, Kayavis I. Actinic cheilitis: clinical and pathologic characteristics in 65 cases. Oral Dis 2004; 10: 212-216.
  35. Tirado L, Granados-García M. Epidemiología y etiología del cáncer de cabeza y el cuello. Canceología 2007; 2: 9-17.
  36. Milanez MA, Panboca da Ailva OM, Netp PDR, Watasbi HCH, Weckx LM, Mota AA, Sbwers MN. Actinic cheilitis adjacent to squamous carcinoma of the lips as an indicator of prognosis. Rev Bras Otorrinolaringol 2006; 72: 767-771.
  37. Oksala E. Factors predisposing to oral yeast infections. Acta Odontol Scand 1990; 48: 71- 74.
  38. De Souza YG, Greenspan D, Felton JR, et al. Localization of Epstein-Barr virus DNA in the epithelial cells of oral hairy leukoplakia by in situ hybridization on tissue sections. N Engl J Med 1989; 320: 1559 -1560.
  39. Glick M, Muzka BC, Lurie D, Salkin LM. Oral manifestations associated with HIV-related disease as markers for immune suppression and AIDS. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994; 77: 344-349.
  40. Ramírez-AV, Esquivel PL, Irigoyen CE, Anaya SG, González RI. Asociación de lesiones bucales con el estado serológico para el VIH. Salud Pública Mex 2002; 44: 87- 89.
  41. Syrjanen S, Laine P, Happonen R-P, Niemelä M. Oral hairy leukoplakia is not a specific sign of HIV infection but related to immunosuppression in general. J Oral Pathol Med 1989; 18: 28-31.
  42. de la Rosa-García E, Mondragón-Padilla A, Irigoyen-Camacho ME, Bustamante-Ramírez MA. Oral lesions in a group of kidney transplant pa-



- tients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005; 10: 196-204.
43. Dissemmond J. Oral lichen planus: an overview. *J Dermatol Treat* 2004;15: 136-140.
  44. Akpan A, Morgan R. Oral candidiasis. Review. *Postgrad Med* 2002; 78: 455-459.
  45. Abbate G, Foscolo AM, Gallotti M, Lancella A, Mingo F. Neoplastic transformation of oral lichen: case report and review of the literature. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2006; 26: 47-52.
  46. Eisen D. The clinical features, malignant potential, and systemic associations of oral lichen planus: a study of 723 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2002; 46 :207-14.
  47. Gonzalez-Moles MA, Scully C, Gil-Montoya JA. Oral lichen planus: controversies surrounding malignant transformation. *Oral Dis.* 2008;14(3):229-43.
  48. Cumming CG, Wight C, Blackwell CL, et al. Dentadure stomatitis in the elderly. *Oral Microbiol Immunol* 1990; 5: 82-85.

## Anexo. Formato de referencia para lesiones potencialmente malignas

	<b>FORMATO DE REFERENCIA</b> <b>ESTUDIO DE LESIONES POTENCIALMENTE MALIGNAS</b>		SIVEPAB 1
			Fecha de elaboración: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Folio de módulo: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>			
1. NOMBRE _____			
	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
2. DATOS DE NACIMIENTO _____			
	Estado	Jurisdicción	Municipio
3. FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 4. EDAD <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 5. SEXO 1) Masculino 2) Femenino			
	D D M M A A A A	A A M M D D	
6. OCUPACIÓN _____ 7. ESCOLARIDAD _____			
8. CURP <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 9. TIPO DE PACIENTE _____			
10. RESIDENCIA HABITUAL _____			
	Calle y número	Colonia	Estado
	Jurisdicción	Municipio	Localidad
<b>II. DATOS DE LA UNIDAD</b>			
Clave _____ Estado _____ Jurisdicción _____			
Municipio _____ Localidad _____ Institución _____			
Nombre de unidad _____ Odontólogo notificante _____ Matrícula _____			
<b>III. ANTECEDENTES</b>			
11. MARQUE EL (LOS) QUE REFIERA EL PACIENTE			
<input type="checkbox"/> 0) Ninguno <input type="checkbox"/> 2) Inmunodeficiencias <input type="checkbox"/> 4) Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> 6) Otra <input type="checkbox"/> 1) Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> 3) Tabaquismo <input type="checkbox"/> 5) Embarazo    Especifique _____			
<b>IV. EXPLORACIÓN (Marque con el código correspondiente lo encontrado en la exploración)</b>			
12. LESIONES DE LA MUCOSA BUCAL			
12a. Tipo de lesión		12b. Tiempo de evolución	
<input type="checkbox"/> 0) Ninguno <input type="checkbox"/> 3) Mancha Roja (Eritroplasia) <input type="checkbox"/> 1) Úlcera <input type="checkbox"/> 4) Mixta (Leucoeritroplasia) <input type="checkbox"/> 2) Mancha Blanca (Leucoplasia) <input type="checkbox"/> 5) Aumento de volumen		<input type="checkbox"/> 1) Menos de tres semanas <input type="checkbox"/> 2) Tres semanas o más	
13. LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN _____			
14. SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA _____			
15. TRATAMIENTOS ADMINISTRADOS AL PACIENTE Y/O MANIOBRAS REALIZADAS _____			



**Impreso en el mes de julio de 2009,  
en los talleres de Prerensa Digital S.A.,  
Caravaggio No. 30, Col. Mixcoac, México D.F.  
Se imprimieron 14,000 ejemplares.**