



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. agosto 2003; 7(2): 34-44

ARTÍCULO ORIGINAL

Estudio histopatológico del epitelio en la leucoplasia bucal

Histopathological study of the epithelium in oral leukoplakia

**Iliana Otero Rodríguez¹, Irene Rodríguez Pérez², Maritza Travieso Pérez³,
Susana González Freije⁴, Iraida Hidalgo-Gato Castillo⁵.**

¹Doctora en Estomatología. Especialista I Grado en Embriología. Asistente. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna". Pinar del Río.

²Doctora en Estomatología, Especialista II Grado en Histología. Profesora Titular ISCP Victoria de Girón.

³Doctora en Estomatología. Especialista I Grado en Histología. Asistente. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna". Pinar del Río.

⁴Doctora en Medicina. Especialista I Grado Anatomía. Asistente. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna". Pinar del Río.

⁵Doctora en Medicina. Especialista I Grado Anatomía. Asistente. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna". Pinar del Río.

RESUMEN

En Cuba se ha establecido un programa de detección precoz del cáncer bucal el cual puede considerarse como un pilar fundamental de sistematización futura en la erradicación de esta enfermedad. Teniendo en cuenta su importancia y considerando que entre las lesiones premalignas que afectan la mucosa bucal es la leucoplasia la de mayor incidencia fue propósito de este trabajo analizar los cambios histopatológicos que ocurren en el epitelio bucal de pacientes con Leucoplasia contribuyendo al diagnóstico de esta entidad. Para ello se analizaron 38 biopsias de mucosa bucal de pacientes con leucoplasia atendidos en el Hospital Abel Santamaría de Pinar del Río, las cuales fueron coloreadas con Hematoxilina y Eosina para el estudio histopatológico. Se observó que la ortoqueratosis se presentó en 96 de los 119 campos estudiados (80,67%) mientras que la paraqueratosis aparece solo en 23 campos (19,32%). La ortoqueratosis se asocia con la presencia de estrato granuloso en el 83,33% de los campos. El 82,6% de los campos con paraqueratosis se asoció a hiperplasia y el 39,13% con la displasia epitelial, mientras que los que presentaron ortoqueratosis se relacionaron con la atrofia epitelial (40,62%). Las características histopatológicas más frecuentes de la displasia resultaron ser: alteraciones de los clavos interpapilares, hiper Cromasia del núcleo y el nucleolo y pérdida de la polaridad de células basales.

Descriptor DeCS: CÁNCER BUCAL, LEUCOPLASIA, LESIONES PREMALIGNAS.

ABSTRACT

A program on early detection of oral cancer has been established in Cuba playing a very important role on the eradication of this disease; taking into account its importance and considering that leukoplakia has the greatest incidence among those premalignant lesions which affect oral mucosa, this study is aimed at analyzing the histopathological changes appearing in oral epithelium of patients who suffered from this entity, favouring this way its diagnosis. Thirty eight biopsies of the oral mucosa of patients with leukoplakia were analysed at Abel Santamaría Hospital Pinar del Río. To carry out the histopathological study biopsies were coloured with Hemotoxillene and Eosine, observing that orthokeratosis was present in 96 out of the 119 examined fields (80.67 %) while parakeratosis appeared only in 23 fields (19.32 %), orthokeratosis is associated with the presence of stratum granulosum in 83.33 % of the fields, the 82.6 % of fields presenting parakeratosis was associated with hyperplasia and 39.13 % with epithelial dysplasia whereas those presenting orthokeratosis were related to epithelial atrophy (40.62 %). The most frequent histopathological features of dysplasia were the following: interpapillary clavus polarity of basal cells.

Subject headings: ORAL CÁNCER, LEUKOPLAKIA, PREMALIGNANT LESIONS.

INTRODUCCIÓN

En la sociedad cubana, donde el hombre constituye la preocupación fundamental, es indispensable hacer cuanto esté a nuestro alcance para evitar todo aquello que pudiera influir negativamente en la salud de la comunidad. Partiendo de este criterio es que en Cuba se ha establecido un programa de detección precoz del cáncer bucal, lesión esta que ha ido aumentando su incidencia a nivel mundial. Este programa incluye un estudio minucioso y detallado del complejo buco-facial de todo paciente que acude a la consulta estomatológica o a su médico de familia, con el propósito de detectar cualquier alteración de la mucosa bucal, así como regiones aledañas que pudieran evolucionar hacia la malignización.¹

En 1978 con el propósito de aclarar las diferentes opiniones existentes, el grupo de trabajo sobre las condiciones precancerosas bucales de la Organización Mundial de la Salud propuso que el término Leucoplasia debía usarse solo con un sentido clínico, como una placa blanca de la mucosa bucal, que no puede ser eliminada al frotarla ni puede ser diagnosticada como otra enfermedad relacionada. En la actualidad esta definición es aceptada por la mayoría de los investigadores. Aunque el diagnóstico de la leucoplasia sea clínico, esta es una lesión necesitada de evaluación microscópica en la mayoría de los casos, ya que la biopsia no es solo el instrumento que permite precisar el diagnóstico diferencial con otras lesiones que puedan aparecer como manchas blancas de la mucosa bucal, sino que precisa la magnitud del cambio epitelial o la existencia de áreas carcinomatosas, lo que hace que el estudio histológico oriente el pronóstico y conduzca a un diagnóstico exacto de la lesión.²

Las características histológicas epiteliales de la leucoplasia bucal han sido estudiadas por gran número de investigadores, encontrándose como aspectos histológicos predominantes la hiperqueratosis de tipo paraqueratósico u ortoqueratósico, las alteraciones del grosor epitelial y la displasia. En cuanto al tipo de queratinización y el grosor epitelial se encontró que la paraqueratosis se encuentra asociada con bastante frecuencia a la hiperplasia, observándose una menor tendencia a la regresión que en los casos de hiperotoqueratosis. Entre las características de la displasia epitelial está el incremento del número de mitosis, considerándose esto como un rasgo de malignización, se describe un riesgo mayor de transformación maligna en las lesiones displásicas que en aquellos que no lo son.³

Dentro de un grupo de lesiones consideradas como premalignas y que afectan la mucosa bucal es la leucoplasia la de mayor incidencia, por lo que con el presente artículo se pretende examinar los cambios histopatológicos que ocurren en el epitelio de pacientes con leucoplasia bucal contribuyendo al diagnóstico de esta entidad en Cuba.

MÉTODO

Se estudiaron 38 biopsias de mucosa bucal humana afectadas por leucoplasia bucal, pertenecientes a pacientes atendidos en el servicio de Cirugía Máxilo Facial del Hospital "Abel Santamaría" de Pinar del Río. Las muestras fueron lavadas en solución salina, extendidas sobre papel de filtro y fijadas en formalina neutra al 10% y procesadas por la técnica de inclusión en parafina. La coloración empleada fue la Hematoxilina y Eosina. En cada corte se estudiaron de 3 a 4 campos escogidos al azar analizándose 119 campos del total de biopsias. Para la observación se utilizó una magnificación desde 150 hasta 280x en un microscopio Karl Zeiss.

Las observaciones se realizaron para determinar:

- Tipo de queratinización.
- Grosor epitelial.
- Displasia epitelial.

Teniendo en cuenta los siguientes criterios: ^{4,5}

Tipo de queratinización: Se refiere a la existencia de queratina en la superficie epitelial, de esta modificación depende fundamentalmente el color blanquecino que se observa en su aspecto clínico y que le ha dado el nombre de placa blanca. Puede ser de dos tipos: ortoqueratosis o paraqueratosis.

Ortoqueratosis: Cuando las células de la capa más superficial del epitelio se observa homogénea, eosinófila y sin núcleo.

Paraqueratosis: Cuando las células de las capas más superficiales del epitelio son acidófilas y aplanadas con núcleos picnóticos. A veces es posible observar en forma alterna áreas de ortoqueratosis y paraqueratosis.

Grosor epitelial: Se pueden observar dos situaciones fundamentales que son la hiperplasia o atrofia del tejido epitelial. Además pueden describirse estados con características normales.

Hiperplasia: Cuando una parte, o todo el epitelio presenta un aumento de grosor por incremento del número de células en la capa basal o en el estrato espinocelular.

Atrofia: Cuando una parte o todo el epitelio presenta una disminución del número de células.

Displasia epitelial: Se refiere a un conjunto de alteraciones citológicas del tejido epitelial que incluye: ^{5,6}

1. Estratificación epitelial irregular.
2. Hiperplasia de las células basales.
3. Alteraciones de los clavos interpapilares.
4. Incremento en el número de mitosis.
5. Pérdida de la polaridad de las células basales.
6. Incremento del promedio núcleo citoplasma.
7. Polimorfismo nuclear.
8. Hiperchromasia del núcleo y el nucleolo.
9. Anisocitosis y anisonucleosis.
10. Queratinización de células aisladas o grupos de células.
11. Pérdida de la adherencia epitelial.

La evaluación se hizo de la siguiente forma:

1. Ligera: Cuando se observan dos alteraciones.
2. Moderada: Al encontrarse más de dos y hasta cuatro alteraciones.
3. Severa: Si están presentes cinco o más alteraciones.

Ulceraciones de la superficie: Se tiene en cuenta cuando se identifican discontinuidades a modo de excavaciones locales en las superficies del epitelio leucoplásico.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en nuestro estudio muestran lo siguiente:

Del total de campos histológicos observados, el 19,32% presentaban paraqueratosis y el 80,67% ortoqueratosis. El estrato granuloso se observó en todos los campos ortoqueratósicos, mientras que en los paraqueratósicos solo estuvo presente en un campo. (Tabla 1).

Tabla 1. Relación entre el tipo de queratinización y la presencia de estrato granuloso.
Hosp. Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría". Pinar del Río 1999 - 2000.

Tipo de queratinización	No.	%	Presencia de estrato granuloso	
			No.	%
Paraqueratosis	23	19.32	1	4.34
Ortoqueratosis	96	80.67	80	83.33
Total	119	100		68.08

Fuente: Historias Clínicas del Servicio de Cirugía Máxilo Facial.

La tabla 2 muestra el tipo de queratinización con el grosor epitelial, reflejándose una mayor proporción de hiperplasia en las paraqueratosis y de atrofia en las ortoqueratosis. La alteración más frecuente observada fue la atrofia que representa un 34,45%.

Tabla 2. Relación entre el tipo de queratinización y el grosor epitelial.
Hospital Clínico Quirúrgico Abel Santamaría. Pinar del Río 1999 - 2000.

Tipo de queratinización	Normal		Hiperplasia		Atrofia	
	No.	%	No.	%	No.	%
Paraqueratosis	2	8.69	19	82.60	2	8.69
Ortoqueratosis	42	43.75	15	15.62	39	40.62
Total	44	36.97	34	28.57	41	34.45

Fuente: Historias Clínicas del Servicio de Cirugía Máxilo Facial.

La distribución de las características histológicas de la displasia epitelial aparece en la tabla 3. Las alteraciones más frecuentes fueron: alteraciones de los clavos interpapilares, hiper cromasia del núcleo y el nucleolo y pérdida de la polaridad de las células basales, apareciendo las dos primeras en mayor proporción en las observaciones paraqueratósicas y la última en las ortoqueratósicas.

Tabla 3. Distribución de las características histológicas más frecuentes encontradas en las biopsias. Hosp. Clínico Quirúrgico Abel Santamaría. Pinar del Río. 1999 - 2000.

Características histológicas	Total		PARA	ORTO
	No.	%		
Alteraciones de los clavos interpapilares	39	32.77	12	27
Pérdida de la polaridad de las células basales	29	24.36	9	20
Hiperchromasia del núcleo y el nucleolo	33	27.73	4	29

Fuente: Historias Clínicas del Servicio de Cirugía Máxilo Facial.

De todos los campos observados el 31,09% mostraron dos o más de los signos descritos para la displasia, de los cuales el 16,80% fue evaluado como displasia ligera, el 11,76 % como displasia moderada y el 2,52% como displasia severa con una proporción más elevada en las observaciones con presencia de paraqueratosis. (Tabla 4).

Tabla 4. Relación entre el tipo de queratinización y la evaluación de la displasia. Hospital Clínico Quirúrgico Abel Santamaría, Pinar del Río 1999 - 2000.

Tipo de queratinización	Criterios de displasia							
	Ligera		Moderada		Severa		Total	
	No.	%	No	%	No	%	No	%
Paraqueratosis	4	17.39	3	13.04	2	8.69	9	39.13
Ortoqueratosis	16	16.66	11	11.45	1	1.04	28	29.16
Total	20	16.80	14	11.76	3	2.52	37	31.09

Fuente: Historias Clínicas del Servicio de Cirugía Máxilo Facial.

En relación a ulceraciones de la superficie solamente se presentaron en dos campos histológicos en uno de ellos coincidente con una lesión paraqueratósica que mostraba además hiperplasia y ausencia de signos de displasia, el otro coincidió con una lesión ortoqueratósica de grosor epitelial normal e hiperchromasia del núcleo y el nucleolo.

DISCUSIÓN

En este estudio se analizaron biopsias de leucoplasia bucal sin tener en consideración los diferentes tipos clínicos pues el objetivo era determinar relaciones entre el tipo de queratinización y otras alteraciones del tejido epitelial en cualquier variante de leucoplasia bucal.

Los dos cambios generales que con más frecuencia se encontraron fueron la hiperqueratosis y los cambios en el grosor epitelial. El tipo de queratinización

predominante fue la ortoqueratosis, en la cual en la mayoría de los campos histológicos estuvo presente el estrato granuloso, no así en los paraqueratósicos, donde solamente se observó en uno, resultados similares fueron encontrados por varios investigadores.⁷⁻⁹

La comparación entre el tipo de queratinización y el grosor epitelial demuestra ligeras variaciones, el análisis hístico mostró que la paraqueratosis está más a menudo asociada con la hiperplasia epitelial que la ortoqueratosis como plantean Rodríguez y Banoczy,¹⁰ y Massarelli,¹¹ mientras que la ortoqueratosis se observa asociada más frecuentemente con la atrofia, resultados similares a los de Cediño y colaboradores.¹²

La proporción de campos histológicos con displasia epitelial fue de un 31,08%, cifra más alta que la encontrada por Massarelli y Chappvis y colaboradores en 1998, pero podría ser comparable con los resultados de otros investigadores.^{4,7,13} Esta alta incidencia de displasia epitelial podía deberse a los criterios utilizados para la toma de la muestra. Ya que las biopsias se efectuaron en aquellos casos clínicamente comprometidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mora Alpizar, María del Carmen y otros. Programa de pesquizaje del cáncer bucal. Su impacto en un área de salud. Rev.Cuba. Med Gen. Integr, 2001.
2. Gedoz, Luhana y otros. Leucoplasia. Conductas de diagnóstico e controle clínico. Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre, 2001.
3. Rosolen Maicia Aparecida and other. Avalicao das alteracoes microscópicas na Lucoplasia bucal, a través de cortes histológicos semi-áridos. Rev. Fac Odontol Porto Alegre, 1998.
4. Migliorati Cesar Augusto; Migliorati Erica Krohn Jany. Medicina bucal. Sao Paulo, Artes Medicas, 2000.
5. WHO Collaborating Centre For Oral Presancerous lesions: Definition of Leukoplakia and related lesions: An aid to studies on oral precancer. Oral Sur Oral Med Oral Path 46: 518, 1978.
6. Casbarro Arriaga, Romy. Síndromes paraneoplásicos de interés en medicina estomatológica. Acta odontol. Venez, 2002.
7. Díaz Eleiane P; Silva Júnior Ailey; Feijo Evancho C; Polignamo Giovanni A C. Diagnóstico citopatológico da leucoplastia pilosa. J bras patol, 1999.
8. Peschke, Rosmeri y otros. Controle citopatológico de leucoplasias da mucosa bucal: relato de cinco casos/ RPG Rev post-grad; 7(2): 184-190, 2000.
9. Martins Neto Marcos. Leucoplasia pilosa. Análisis histopatológico y su importancia dentro del contexto de lesiones bucales. Rev Odonto Cienc, 1998.
10. Rodríguez I y Banoczy J: Leucoplasia oral. Un estudio histopatológico. Acta Morphol Acad Sci Hung; 29(1): 51-57, 1986.

11. Massarelli Alfredo. Leucoplasia. Prisma; 3(2) 9-11, 1998.
12. Cediño, Floribel y otros. Patología ultraestructural de la lesión leucoplásica: reporte de un caso. Acta Odontol. Venez; 39(1): 28-31, 2001.
13. Rodríguez, Tania Lemus Coelho y otros. Leucoplasias bucarias: Relacao clínico - histopatológica. Pesqui. Odontol. Bras; 14(4): 357-61, 2000.

Recibido: 13 de junio del 2003
Aprobado: 17 de junio del 2003

Dra. Iliana Otero Rodríguez. Dpto. Ciencias Morfológicas. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna". Pinar del Río. Dirección Particular: Calle Frank País No. 95. Pinar del Río. Cuba.