



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. jul-dic. 1998; 2(2):31-40

ARTÍCULO ORIGINAL

Mucoabración. Técnica de tratamiento de la leucoplasia bucal

Mucoabrasion. Treatment Technique for Bucal Leucoplasia

Felicia Morejón Álvarez¹, Humberto López Benítez², Tailín Morejón Álvarez³, Joaquín Urvizo Vélez⁴, Lucia Linares Hernández⁵.

¹Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

²Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Instructor. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

³Doctora en Estomatología. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

⁴Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Profesor Titular. Facu ltad de Estomatología de Ciudad de la Habana.

⁵Especialista de I Grado en Fisiología Normal y Patológica. Asistente. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

RESUMEN

Se empleó la técnica de mucoabrási ón previa biopsia incisional en 40 pacientes que presentaban leucoplasias de la mucosa bucal de aproximadamente dos centímetros y mas de extensión y que acudieron al servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Freyre Androde" de Ciudad Habana. Con el objetivo de conocer la efectividad de esta técnica, se plantean y analizan los resultados obtenidos como tratamiento, describiéndose la evolución clínica de las lesiones operadas y se establecen comparaciones con estudios anteriores que aplicaron otras técnicas, y en especial, con la criocirugía. La mucoabrási ón mostró ventajas y efectividad como la evolución sin complicaciones del 100 % de los casos tratados, la no recidiva de la lesión en el 97 % de los casos, constituyendo una técnica nueva, operativamente fácil de realizar con recursos no costosos, presentes siempre en cualquier servicio de cirugía maxilofacial del país.

DeCS: DOLOR, EDEMA, CRIOCIRUGIA, CIRUGIA BUCAL, HERIDAS Y LESIONES.

ABSTRACT

A study aiming to know the effectiveness of the use of Mucoabrasion technique, before an incisional biopsy, was carried out in a sample of 40 patients with leucoplastic lesions of oral mucosa of 2 cm long or more. They were assisted at Freyre Andrade General Hospital, Ciudad de la Habana. Results of the treatment were analyzed. Clinical evolution of the operated patients was described while comparisons with the previous studies dealing with other techniques, especially cryosurgery, were established. The mucoabrasion technique has many advantages such as patient evolution with no complications (100%) and no recurrence (97%). It represents a new technique requiring little effort and few costs for any maxillofacial surgery service of our country.

DeCS: PAIN,EDEMA,CRYOSURGERY,SURGERY ORAL,WOUNDS AND INJURIES.

INTRODUCCIÓN

La mucosa bucal es con frecuencia afectada por procesos de queratinización anormal, caracterizados clínicamente como manchas blanquecinas entre las que predominan las descritas como Leucoplasia Bucal,¹⁻² lesión precancerosa cuya existencia fue atribuida a diferentes factores etiológicos entre los que se señalaban: las avitaminosis tipo A y B,³ el alcoholismo,⁴ factores mecánicos tales como prótesis mal adaptadas, mordeduras y dientes filosos.⁵

Actualmente el tabaquismo es el factor etiológico fundamental en su aparición ^{3-4,6}, planteándose que el cigarrillo encendido, desprende mas de 6800 sustancias toxicas varias de los cuales tienen acción carcinógena.

La leucoplasia puede afectar a ambos sexos, pero muestra cierta preferencia con un 75% por los hombres siendo mas frecuente entre los 40 -60 años de edad con un promedio de 48 años. ^{3,5,7}

Su mayor incidencia la encontramos en el labio inferior seguido del carrillo y comisura labial, distribuyéndose el resto decrecientemente en el suelo de boca, paladar duro, encía y paladar blando, ³ siendo reportadas con un alto riesgo de sufrir transformación maligna las leucoplasias situadas en el piso de la boca, paladar blando y en la cara ventrolateral de la Lengua. ⁸⁻⁹ Debe señalarse que aunque el diagnóstico de la leucoplasia sea clínico esta es, sin embargo, una lesión de obligada necesidad de evaluación microscópica. ¹⁰⁻¹²

Varias son las formas de tratamiento que se emplean contra la leucoplasia bucal.

El uso de vitamina A grandes dosis puede conducir a su remisión completa, ¹³ pero se ha demostrado que al suspender el tratamiento con esta vitamina las lesiones recidivan.

Basulto¹⁴ recomienda el uso de la criocirugía como tratamiento de la leucoplasia bucal que produce la congelación del epitelio mucoso alterado, provocando la necrosis subsiguiente de la epitelial; ¹⁵ como otras técnicas quirúrgicas tenemos la cirugía convencional, la electro cirugía y el CO2 laser. ^{13,16}

Desde 1960 la dermoabrasión ha sido ampliamente utilizada en cirugía cosmética en la eliminación de cicatrices postraumáticas y tatuajes. ^{17,18} En nuestra investigación tomamos la iniciativa de utilizar una novedosa técnica similar a la dermoabrasión. Se trata de la mucoabrasión cuya existencia conocemos en el tratamiento de la Hiperplasia Papilar del Paladar según Laskin. ¹⁹ Dediu¹⁸ en su trabajo de terminación de residencia utilizo esta técnica en el tratamiento de la estomatitis subprótesis grado III con resultados satisfactorios como son: el rápido tiempo de recuperación con su rehabilitación protésica y la ausencia de recidiva. Nosotros en nuestra investigación decidimos utilizar esta técnica para tratar la leucoplasia bucal por ser fácil, exenta de peligros, que no requiere de recursos costosos y en la cual se puede controlar el avance en profundidad en el tejido, además de permitir la exégesis de aquellas leucoplasias que por su ubicación y/o extensión al ser eliminadas se perdería una gran cantidad de tejido con alta probabilidad de secuelas funcionales y/o estéticas; y en vistas de valorar la efectividad de la técnica quirúrgica de mucoabrasión en el tratamiento de la leucoplasia bucal decidimos materializar este trabajo que nos permitirá describir el comportamiento del grupo de estudio según las siguientes variables de evolución del paciente (presencia de dolor, edema, sangramiento, sepsis, alimentación, tiempo de recuperación y recidiva de la lesión), así como conocer la efectividad de este método terapéutico en comparación con el tratamiento crioquirúrgico, constituyendo la mucoabrasión un arma en la lucha contra la leucoplasia bucal y en la prevención del cancer bucal.

MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y analítico con el propósito de demostrar y comparar la efectividad de la técnica quirúrgica de mucoabrasión en el tratamiento de la leucoplasia bucal, donde el universo del trabajo estuvo compuesto por 40 pacientes con leucoplasia bucal de 2 cm o mas de extensión que

fueron atendidos en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Freyre de Andrade" en el periodo de tiempo comprendido entre el 1ro de junio de 1991 y el 30 de junio de 1992. A estos pacientes, previamente a la operación, se les realizó psicoterapia para eliminar el hábito de fumar y biopsia incisional diagnóstica. Utilizamos como principal estudio para la comparación de nuestra investigación, el trabajo hecho por Basulto¹⁴ aplicando la técnica de criocirugía a una muestra de 50 pacientes.

Una vez desarrollado tanto el examen físico del paciente como de las lesiones presentes y recogidos los datos en un formulario que fue diseñado, se citó al paciente previo chequeo mínimo preoperatorio y biopsia incisional de la lesión en cuestión a cirugía ambulatoria para aplicarle la técnica de mucoabrasión que consta de los siguientes pasos operatorios:

- Antisepsia del campo operatorio con solución de Hibitane acuoso al 1 x 4000.
- Colocación de paño hendido estéril.
- Anestesia infiltrativa con Lidocaina al 2% utilizando jeringuilla carpule.
- Mucoabrasión del área a intervenir utilizando piedras de dermoabrasión y/o carborundum de uso prótesis dental retirando la lesión desde su periferia hasta la submucosa, donde la fuerza centrífuga expulsa todos los restos epiteliales raspados en un chorro de partículas que se desprenden del campo operatorio. La velocidad y presión adecuada, así como la inclinación de la fresa dependerán de la ubicación de la lesión.
- Irrigación constante con suero fisiológico alternando con el raspado de la lesión.
- Hemostasia por compresión sobre el área con torundas estériles durante 3 min. aproximadamente.
- Colocación de Rojo Aseptil glicerinado con aplicadores estériles sobre el área tratada.

Todos los pacientes se evaluaron a los 7,15,30 y 90 días, recogiendo en cada evolución las siguientes variables: presencia o no de dolor ligero, moderado o intenso, edema ligero moderado o intenso, sangramiento, sepsis del área tratada, alimentación sin dificultad o con dificultad, tiempo de recuperación total de la región operada y recidiva de la lesión, la cual se evaluó a los 90 días, 6 meses y un año de aplicada la técnica.

En el caso de recidiva de la lesión se llevó a cabo su exégesis mediante biopsia excisional, siguiendo su evolución en consulta como un caso más, fuera de la investigación.

La información obtenida en el cuestionario se organizó en tablas de salidas resumiendo los datos en frecuencias absolutas y relativas y se aplicó la prueba estadística chi cuadrado de homogeneidad, utilizando un alfa de 0.05.

RESULTADOS

En la distribución de pacientes según presencia de dolor en el área intervenida y tiempo de evolución (tabla 1) de los 40 pacientes tratados mediante la técnica de mucoabrasión, a los 7 días de evolución solo 12 que presentan un 40% del total de

la muestra, presentaban dolor ligero y 28 pacientes que constituyen el 60% no presentaban dolor alguno. En ninguno de los demás periodos evolutivos, se observó dolor en los casos tratados.

Tabla 1. Distribución de pacientes según presencia de dolor y tiempo de evolución en la mucoabrasión. Hospital "Freyre de Andrade" C.H.

Tiempo de evolución	Dolor Ligero		No Dolor		Total	
	#	%	#	%	#	%
7 días	12	40	28	60	40	100
15 días	0	0	40	100	40	100
30 días	0	0	40	100	40	100
90 días	0	0	40	100	40	100

Fuente: Datos del Estudio.

Chi cuadrado= 38.919 G.L.=3 Prob.=4.306E-07 (muy significativo)

En la tabla 2 se presenta la distribución de pacientes según formas de alimentación y tiempo de evolución, encontrando que los 40 pacientes tratados, a los 7 días solo 12, que representan un 40% del total, se alimentaban con cierta dificultad. En los demás periodos evolutivos no se observó ningún tipo de dificultad en la alimentación de los pacientes.

Tabla 2. Distribución de pacientes según forma de alimentación y tiempo de evolución en la mucoabrasión. Hospital "Freyre de Andrade". Ciudad de La Habana.

Tiempo de Evolución	Con Dificultad		Sin dificultad		Total	
	#	%	#	%	#	%
7 días	12	40	28	60	40	100
15 días	0	0	40	100	40	100
30 días	0	0	40	100	40	100
90 días	0	0	40	100	40	100

Fuente: Datos del estudio

Chi cuadrado=38.919 G.L.=3 Prob.=4.306E-07 (muy significativo)

Al considerar la presencia o no de edema en el área tratada, sangramiento y sepsis local, no hubo incidencia de ningún caso en nuestra investigación.

En la distribución de pacientes según la recuperación del área tratada y el tiempo de evolución, tabla 3 podemos observar que a los 7 días, de los pacientes tratados mediante la técnica de mucoabrasión, se habían recuperado 4, que representan un 10% del total. A los 15 días se recuperaron 32 pacientes, lo que representa un 80% y a los 30 días se recuperaron los 30 pacientes que faltaron por recuperarse.

Tabla 3. Distribución de pacientes según recuperación del área tratada y tiempo de evolución. Hospital "Freyre de Andrade" Ciudad de La Habana.

Mucoabrási3n (N=40)				
Tiempo de Evoluci3n	Recuperaci3n		No Recup.	
	#	%	#	%
7 días	4	10	36	90
15 días	32	80	4	10
30 días	4	10	0	0
90 días	0	0	0	0

Fuente: Datos del Estudio Prob.=0.00011
 Chi Cuadrado= 20.770 G.L.=3 (Muy significativo)

En la distribuci3n de pacientes segun la recidiva de la lesi3n en el área tratada (tabla 4) Vemos que de los 40 pacientes intervenidos mediante la mucoabrási3n, solo un caso decisivo para un 3% del total tratado.

Tabla 4. Distribuci3n de pacientes segun recidiva de la lesi3n en el área tratada. Hospital "Freyre de Andrade". CH.

Lesiones tratadas	Mucoabrási3n (N=40)	
	#	%
Recidiva	1	3
No recidiva	39	97
Total	40	100

Fuente: Datos del Estudio Prob.= 0.033
 Chi cuadrado= 4.5 G.L.=1 Significativa.

DISCUSI3N

El resultado alcanzado en cuanto al dolor en los pacientes operados mediante la t3cnica de mucoabrási3n (tabla 1) result3 ser altamente significativo desde el punto de vista estadístico y medico, pues se reportan t3cnicas muy dolorosas en su evoluci3n como los estudios realizados por Waite²⁰ en los que los pacientes tratados mediante la electrocirugía tuvieron un proceso de cicatrizaci3n lento y muy doloroso. El buen resultado de nuestra t3cnica, respecto a la poca presencia de dolor, puede estar dado porque en la misma , cuando avanzamos en profundidad, vamos eliminando los receptores de alta sensibilidad que se encuentra a nivel de las capas mas superficiales de la mucosa, hasta llegar a la submucosa que es una capa menos sensible; adem3s de que al dejar el área intervenida cruenta, con vista a su cicatrizaci3n por epitelizaci3n secundaria, facilitamos la liberaci3n del exudado inflamatorio de los tejidos al exterior, siendo menos notable la respuesta

inflamatoria y por tanto, la no presencia de edema, mientras que Basulto con la criocirugía, a los 7 días todos sus casos presentaban diferentes grados de edema en la región intervenida.

En la (tabla 2) podemos apreciar que los pacientes que se alimentaban con dificultad coinciden con aquellos que presentaban dolor ligero en el área intervenida.

En la (tabla 3) vemos que los pacientes que faltaban por recuperarse lo hicieron a los 30 días, pero estos pacientes presentaban más de 65 años donde sus alteraciones orgánicas y el predominio de las funciones degenerativas dificultan la respuesta cicatrizante. Otros resultados alcanzó Horch,²¹ quien utilizó el CO2 laser en 31 pacientes con leucoplasia obteniendo la recuperación del área tratada de sus casos después de la tercera semana de evolución. Por otra parte Pinborg,²² al tratar 61 pacientes mediante cirugía convencional, realizado en 36 de ellos el cierre del defecto por su extensión con injerto libre o colgado de mucosa reporto un tiempo de recuperación mayor que el nuestro. Estos resultados fueron significativos ($p < 0.00011$), resultando la mucoabrasión superior a la criocirugía en relación a la variable recuperación del área tratada.

En nuestro estudio solo tuvimos un caso de recidiva que se detecto a los seis meses y fue producto a que el paciente continuo con el habito de fumar, factor este causante de la lesión leucoplasia, lo cual pudimos comprobar por la propia manifestación del paciente. Este resultado es significativo ($p < 0.05$), pues se reportan otros trabajos como el realizado por Basulto al tratar 50 pacientes mediante la criocirugía, que tuvo recidiva en ocho casos, los cuales se adjudicaron también al habito de fumar.

Como se observa, al evaluar la técnica de mucoabrasión respecto a las variables de evolución de los pacientes y al compararla con el marco teórico disponible, podemos plantear que esta técnica demuestra una alta efectividad, pues refleja un transcurso post-operatorio poco doloroso, sin interferir en la alimentación normal de los pacientes en el 60% de los casos, no se observan casos con edema, ni sangramiento, ni sepsis en el área tratada, los casos tuvieron un tiempo de recuperación de 12 días como promedio, menor que el de otros estudios y represento una efectividad de no recidiva en el 97% de los casos.

En la comparación que se realizo con la técnica de criocirugía, la mucoabrasión mostró siempre resultados superiores a esta técnica ya establecida y generalizada en todo el país, así como nivel internacional, lo cual hace que sea de nuestro interés divulgar el uso de la mucoabrasión en el tratamiento de la leucoplasia bucal a los demás servicios de cirugía maxilofacial del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pajarola GF, Salier HF. The recognition and treatment of mouth mucosal diseases. Hiperkeratosis leukoplakia and erythroplaquia. Schweiz monatscar Zahnmed 1995; 105(11): 1446-56.

2. Vanclooster R. Cancer bucal. Les precanceroses. Precancerous consitions. Rev. Belge Med dent. 1997; 49(1): 23-33.

3. Santana Garay JC. Lesiones queratósicas locales de la mucosa bucal. Atlas de patología del complejo bucal. Ciudad de la Habana: Editorial Científico Técnica;1985.pp 164-5.
4. Macigo FG, Mwaniki DL. The association between oral leukoplakia an use of tabacco, alcoholand khat based on relative risk assessment in Kenya. J Oral Sci 1995; 103(5): 266-77.
5. Shafer WG, Jevy BM, Tomich E. Tratado de Patología bucal. Ciudad de la Habana: Editorial Interamericana, 1986: 92-105.
6. Moreira E, Bernal A,. Leucoplaquia Bucal: Conceptos actuales y análisis del termino en la lengua española. Rev Cub Estomatol 1989; 26(3): 139-43.
7. Bouquot VE. Oral leukoplakia and erythroplakia: a review and update. Pract Periodontics Aesthet Dent. 1997; 6(6): 9-17.
8. Mujica Díaz F. Lesiones premalignas de la cavidad bucal.[tesis]. Pinar del Río: Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico; 1987.
9. Colella G, Deluca F. Transformazione malignas de la leocoplachia de l cavo orale, Minerva Stomatol 1995; 44(6): 291-300.
10. Moreira E. Leucoplaquia bucal: estudio epidemiológico en pacientes que solicitan atención estomatológica. Rev. Cub. Estomatol 1990; 27(1): 14-22.
11. Peters E, McGAW WT. Detection of premalignant o ral lesions: a 10 year retrospective study in Alberta, J. Can Dent Assoc 1985; 61(9):775-8.
12. Freedman P. Scanning electron microscopy of different types of oral leukoplakia. Eur Jancer B oral Oncol. 1996; 30(6):400-4.
13. Colella G, Lanza A. Terapia del la leucoplachia del cavo orale. Minerva Stomatol 1995; 44(6): 301-10.
14. Basulto Varela JF. Tratamiento crioquirúrgico de la leucoplasia en la mucosa bucal.[tesis]. Ciudad de la Habana: Hospital Freyre de Andrade;1986
15. Hausamen JE. cryotherapy for treatment of intraoral leucoplakia and the morbies bowen. Min med 1994; 65(70): 3715.
16. Gerewal H. Histological evaluation of leukoplakia following C02 laser exision. Adv Otorhinolaryngol. 1997; 49: 125-9.
17. Coiffman F. Texto de cirugía plástica re constructiva y estética. Ciudad de la Habana: Editorial Científico-Técnica, 1986.pp 239-9.
18. González Dedieu R. Mucoabrasión: técnica de tratamiento de la estomatitis subprótesis grado III.[Tesis]. Ciudad de la Habana: Hospital Freyre de Andrade;1992.
19. Laskin DM. Cirugía bucal y maxilofacial. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1988: 356-8.

20. Waite WV Electrosurgery intreatment of inflamatory hiperplasia. Oralsurg 1993; 25: 648-54.

21. Horch HH, Gerlach KL, Shaefer HE. C02 laser surgery of oral premalignant lesions Int. J. oral maxillofac. surg. 1994; 15(1):19-22.

22. Pindborg VV. Surgical treatment of premalignant lesions the oral mucosa. Int J. oral maxillofac surg. 1995; 16(6): 656 -63.

Recibido: 12 mayo 1998.

Aprobado: 6 de julio 1998.

Dra. Felicia Morejón Álvarez. Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial.
Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. Dirección Particular: Solano Ramos # 66 entre Cuarteles y Volcán.