

## CORRELACIÓN CLÍNICO - PATOLÓGICA DE LA ERITROPLASIA BUCAL CON DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE DISPLASIA EPITELIAL EN UNA MUESTRA DE LA POBLACIÓN VENEZOLANA

### CORRELATION CLÍNICO - PATHOLOGICAL OF THE ORAL ERYTHROPLAKIA IN AMOUNG VENEZUELANS

*Recibido para Arbitraje: 29/01/2007*

*Aprobado para Publicación: 07/05/2007*

**MORET, YULI \* (1); RIVERA, HELEN (2); GONZÁLEZ JOSÉ MARÍA (3)**

1. Msc Medicina Estomatológica Profesora Asociado Cátedra de Anatomía Patológica
2. Patólogo Bucal. Profesora Asociado. Instituto de Investigaciones Odontológicas
3. Cirujano Bucal. Profesor Asociado Cátedra de Anatomía Humana Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela

#### RESUMEN

El objetivo de este estudio fue establecer la correlación clínico-patológica entre la Eritroplasia Bucal (EB) y la Displasia Epitelial (DE). Se realizó un estudio de carácter retrospectivo, transversal y descriptivo. Para tal fin se revisaron un total de 11.250 historias, que representan todos los casos diagnosticados desde octubre de 1968 hasta diciembre de 1998 en el Laboratorio Central de Histopatología Bucal, pudiéndose determinar que 8 de éstas correspondían a la patología a estudiar. Estos datos fueron analizados de acuerdo a su aspecto clínico, localización anatómica, sexo, edad, y grado de Displasia Epitelial, 8 casos representaron Eritroplasias de la mucosa bucal con diferentes grados de Displasia Epitelial, de las cuales 3(37,5%) eran DE leves, 4(50%) DE moderadas y 1(12,5%) DE severas. La localización anatómica más frecuentemente afectada fue el paladar duro con 3 casos (37,5%), seguido por paladar blando con 2 casos (25%), labio, lengua y encía con 1 caso cada uno (12,5%). No hubo prevalencia en edad mostrando igual proporción para el grupo de 20- 29 años, 30-39 años y 60 y más años(n=2; 25%) y para el grupo de 10 a 19 y 50 a 59 años 1 caso cada uno (12,5%) El sexo femenino fue el de mayor predilección 5 casos (62,5%). Se reportó un 100% de pacientes con hábitos tabáquicos. Al correlacionar clínico-patológicamente los casos de este estudio se pudo evidenciar que la EB esta más frecuentemente relacionada con el diagnóstico histopatológico de Displasia Epitelial Moderada.

**Palabras claves:** Eritroplasia Bucal, Displasia Epitelial

#### ABSTRACT

The objective of this study was to establish the clinical-pathological correlation between the Buccal Erythroplakia and the Epithelial Dysplasia (ED). A study of retrospective, cross-sectional and descriptive character was made (Prevalence). For such aim a total of 11,250 histories was reviewed, that represent all the cases diagnosed from October of 1968 to December of 1998 in the Central Laboratory of Oral Histopatología, being able to determine that 8 of these corresponded to the pathology to study. These data were analyzed according to their anatomical location, sex, age, ethnic group and degree of Epithelial Dysplasias, 8 cases represented Erythroplakias of the buccal mucosa with different degrees from Epithelial Dysplasia, of which 3(37,5%) they were ED slight, 4(50%) ED moderate and 1(12,5%) ED severe. More the frequently affected anatomical location was to palate hard with 3 cases (37,5%), followed by palate soft with 2 cases (25%), lip, tongue and gingiva with 1 case each one (12,5%). There was prevalence in age showing no equal proportion for the 20- 29 group years, 30-39 years and 60 and more years(n=2; 25%) Female sex was the one of greater predilection 5 cases (62,5%). A 100% of patients with tabáquicos habits were reported. When clinical-pathological correlating the cases of this study could be demonstrated that the Erythroplakias of the buccal mucosa this more frequently related to the histopatológico diagnosis of Moderate Epithelial Dysplasia.

**Key Words:** Buccal Erythroplakia, Epithelial Dysplasia

## INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años se han dado muchas definiciones del término Eritroplasia, la Organización Mundial de la salud (OMS) (1) la definió como una lesión roja que clínica y patológicamente no se puede reconocer como otra condición. En 1994 (2) la definición cambió, siendo el término Eritroplasia una forma análoga al de Leucoplasia, pero destacando a las lesiones de la cavidad bucal que presentan zonas rojas y que no puede ser caracterizada como ninguna otra lesión definible. Por lo tanto al igual que la Leucoplasia, la Eritroplasia no tendría connotaciones histológicas. (3 4) Desde el punto de vista epidemiológico la EB es menos frecuente que la Leucoplasia, su rango de prevalencia oscila entre 0,02% y un 0,83%. (5) En 1975 (3) se realizó un estudio en donde se revisó un total de 64.345 biopsias y se encontraron 58 casos de EB, lo que representa un 0,09% y en 1995 (6) se encontraron 6 nuevos casos diagnosticados por cada millón de personas, lo que corresponde a 1500 casos diagnosticados cada año en Estados Unidos. En Kerala India estudiaron 100 EB tomadas de una muestra de 47.773 casos, reportando una prevalencia de 0,2%. (7) Es más frecuente en pacientes de edad mediana y en personas mayores (sexta y séptima década de la vida). Presenta un ligero predominio en hombres que en mujeres en una proporción de 1,15: 1. La Etiología de la EB ha sido poco estudiada por los autores, los factores predisponentes presentes en la mayoría de los casos son el alcohol y el tabaco. Se ha reportado que el consumo de tabaco y una dieta baja en verduras y frutas favorece la aparición de esta enfermedad y del mismo modo el riesgo se multiplica con el consumo de alcohol. (8) En un estudio de 57 casos de EB asociadas con DE y utilizando la técnica de Citometría de Flujo de Alta Resolución, se encontró que en 41 casos de estas, apareció un contenido celular aberrante consistente en un ADN Aneuploide, en lugar de Diploide y en 23 de estos pacientes se desarrolló posteriormente carcinomas de células Escamosas en un período de 53 meses. De los 12 pacientes que tenían ADN normal ninguno desarrollo Carcinomas en un período de observación de 98 meses. (9 10)

Clínicamente, la EB puede presentar un patrón homogéneo: zonas rojas aterciopeladas, de bordes bien definidos y un aspecto no homogéneo en donde se observan dos patrones: zonas rojas con zonas blancas y aspecto granular o moteado. (4) Las localizaciones más frecuentemente afectadas son paladar blando, piso de boca, zona retromolar y labios sobre todo en pacientes fumadores. La EB típica tiene un tamaño aproximado de 1,5 cm. de diámetro y en ocasiones se ha encontrado asociada a otras patologías como: Liquen Plano, Leucoplasia entre otra. (5) El grado de malignización de la EB es muy elevado comparado con cualquier otra lesión de la mucosa bucal. El elevado riesgo viene determinado por su histopatología donde se encuentra con frecuencia la presencia de carcinomas *in situ*. (3)

Alrededor del 90% de las Eritroplasias presentan alteraciones, de éstas, cerca de la mitad son Carcinomas de células Escamosas y 40% corresponde a Displasias Severas o Carcinomas *In Situ*, el 10% restante corresponde a Displasias Leves o Moderadas. (3) Desde el punto de vista clínico la apariencia roja de la lesión es, básicamente, el resultado de la atrofia epitelial y la transparencia y turgencia de los vasos sanguíneos. (3) Existe ausencia de queratina y es frecuente la aparición de un infiltrado inflamatorio subepitelial predominantemente compuesto por Linfocitos y células plasmáticas. (11) La EB debe diferenciarse desde el punto de vista clínico con otras lesiones que afectan la mucosa bucal como Candidiasis Eritematosa, Estomatitis sub protésica, Histoplasmosis, Tuberculosis, Liquen Plano Atrófico, Lupus Eritematoso, Penfigo y penfigoides. (4) La mejor terapéutica es la extirpación quirúrgica y se deben tener en cuenta pacientes con hábitos tabáquicos y localizaciones anatómicas con alto riesgo de transformación maligna. (12 13 14) Otras modalidades de tratamiento son el láser CO<sub>2</sub> y la crioterapia, se ha reportado el 60 % de recidiva para estas lesiones. (15 16)

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Material:

#### Selección de la muestra:

Los datos de este estudio se obtuvieron de casos que han sido diagnosticados en el Laboratorio de Histopatología Bucal "Dr. Pedro Tinoco" en la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. Para la realización del presente trabajo se consideró como el documento más importante la historia suministrada por el cirujano bucal o por el clínico y el reporte del diagnóstico histopatológico. Se revisaron un total de 11.250 historias para obtener la información planteada durante el período 1968 - 1998.

### Método

Se realizó un estudio que de acuerdo al tiempo de ocurrencia de los hechos es de carácter: Retrospectivo en donde se indagó sobre los diagnósticos realizados en el pasado. Según el período y secuencia del estudio es de carácter: Transversal, donde se estudiaron las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo y no importando como se dan los fenómenos. Según el análisis y alcance de los resultados es de carácter: Descriptivo en donde se estudiaron las características de la población, factores asociados al problema y eventos epidemiológicos. El método para la recolección de datos fue la observación, se realizó un registro de la patología a estudiar en una tabla de recolección de datos previamente establecida. Se obtuvieron datos correspondientes a aspecto clínico, localización anatómica, edad, sexo, hábitos tabáquicos, debido a que estas son las variables más frecuentes suministradas por el clínico y por el cirujano bucal. Estos datos fueron analizados mediante el sistema estadístico SPSS ® versión 14.0.

## RESULTADOS

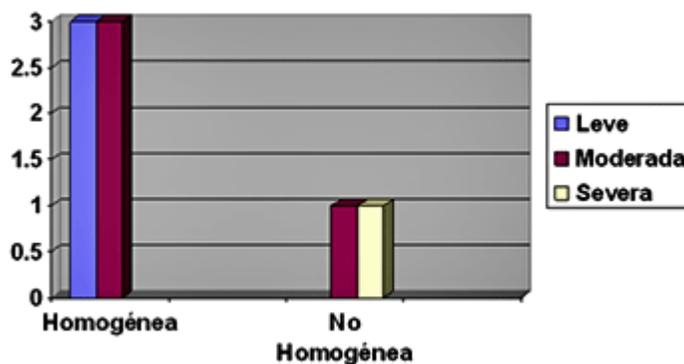
**Tabla 1. Distribución de la Eritroplasia Bucal de acuerdo al aspecto**

clínico y tipo de Displasia Epitelial.

Tipo de Displasia	Aspecto clínico	
	Homogénea	No Homogénea
Leve	3 (37,5%)	
Moderada	3 (37,5%)	1 (12,5%)
Severa		1 (12,5%)
<b>Total</b>	<b>6 (75,0%)</b>	<b>2 (25,0%)</b>

Laboratorio Central de Histopatología Bucal "Dr. Pedro Tinoco. Facultad de Odontología. U.C.V

Figura 1. Distribución de la Eritroplasia Bucal de acuerdo al aspecto clínico y tipo de Displasia Epitelial.



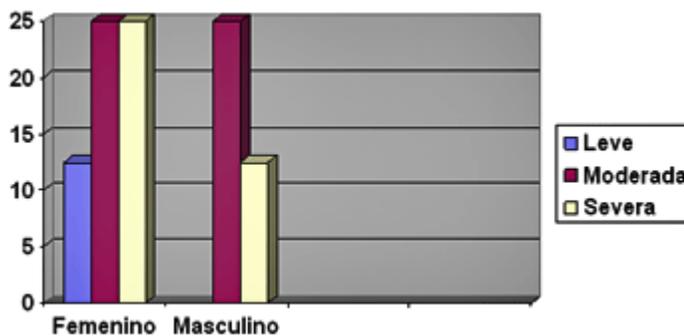
Laboratorio Central de Histopatología Bucal "Dr. Pedro Tinoco. Facultad de Odontología. U.C.V

Tabla 2. Distribución de la Eritroplasia Bucal de acuerdo al tipo de Displasia Epitelial y sexo.

TIPO DE DISPLASIA	FEMENINO	%	MASCULINO	%
DISPLASIA LEVE	1	12,5		
DISPLASIA MODERADA	2	25,0	2	25,0
DISPLASIA SEVERA	2	25,0	1	12,5
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>62,5</b>	<b>3</b>	<b>37,5</b>

Laboratorio Central de Histopatología Bucal "Dr. Pedro Tinoco. Facultad de Odontología. U.C.V

Figura 2. Distribución porcentual de la Eritroplasia Bucal de acuerdo al tipo de Displasia Epitelial y sexo.



Laboratorio Central de Histopatología Bucal "Dr. Pedro Tinoco. Facultad de Odontología. U.C.V

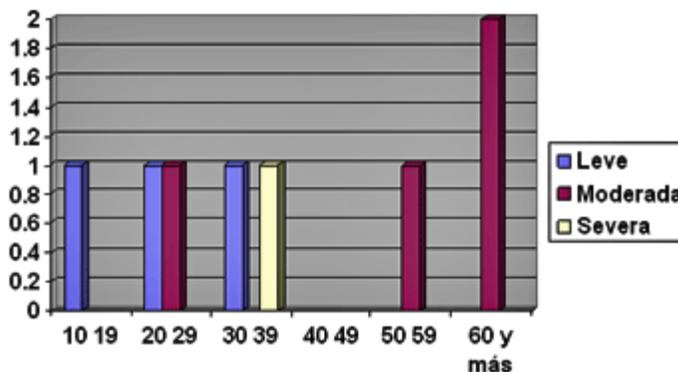
Tabla 3. Distribución de la Eritroplasia Bucal de acuerdo al tipo de Displasia Epitelial y grupo etareo.

Tipo de Displasia	Grupo etareo					
	10 -19	20 - 29	30 - 39	40 -49	50 - 59	60 y más
Leve	1(12,5%)	1(12,5%)	1(12,5%)			
Moderada		1(12,5%)			1(12,5%)	2(25,0%)
Severa			1(12,5%)			
<b>Total</b>	<b>1(12,5%)</b>	<b>2(25,0%)</b>	<b>2(25,0%)</b>		<b>1(12,5%)</b>	<b>2(25,0%)</b>

Laboratorio Central de Histopatología Bucal "Dr. Pedro Tinoco. Facultad de Odontología.

U.C.V

Figura 3. Distribución de la Eritroplasia Bucal de acuerdo al tipo de Displasia Epitelial y grupo etareo.



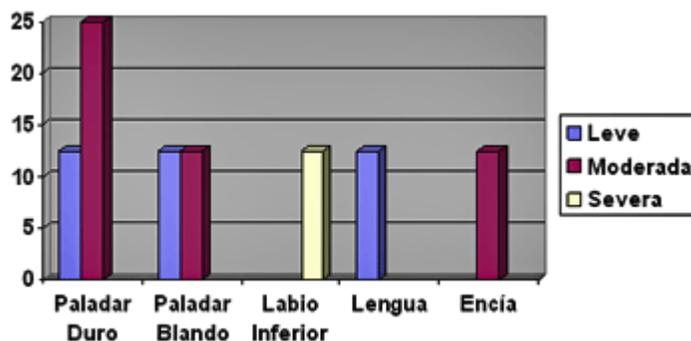
Laboratorio Central de Histopatología Bucal "Dr. Pedro Tinoco. Facultad de Odontología. U.C.V

Tabla 4. Distribución de la Eritroplasia Bucal de acuerdo al tipo de Displasia Epitelial y localización anatómica.

Tipo de Displasia	Localización Anatómica				
	Paladar Duro	Paladar Blando	Labio Inferior	Lengua	Encia
Leve	1 (12,5%)	1 (12,5%)		1 (12,5%)	
Moderada	2 (25%)	1 (12,5%)			1(12,5%)
Severa			1 (12,5%)		
<b>Total</b>	<b>3 (37,5%)</b>	<b>2 (25%)</b>	<b>1 (12,5%)</b>	<b>1 (12,5%)</b>	<b>1(12,5%)</b>

Laboratorio Central de Histopatología Bucal "Dr. Pedro Tinoco. Facultad de Odontología. U.C.V

Figura 4. Distribución de la Eritroplasia Bucal de acuerdo al tipo de Displasia Epitelial y localización anatómica



Laboratorio Central de Histopatología Bucal "Dr. Pedro Tinoco. Facultad de Odontología. U.C.V

La frecuencia relativa de la EB fue de 0,07% con respecto a la muestra total (11.250 casos). Se encontró 100% de hábito tabáquico.

#### DISCUSIÓN

La EB se define como una lesión roja que clínica y patológicamente no se puede reconocer como otra condición. (1) En nuestro estudio la frecuencia relativa de las EB en general fue de 8 casos (0,07%) con respecto a la población general estudiada (11.250 casos), lo cual nos indica lo infrecuente de esta entidad en nuestra población, coincidiendo con datos de la literatura mundial donde reportan que la prevalencia oscila entre 0,02% y un 0,83%, (5) en 1975 (3) se realizó un estudio donde se revisó un total de 64.345 biopsias y se encontraron 58 casos de EB, lo que representa un 0,09%, en 1995 (6) se encontraron 6 nuevos casos diagnosticados por cada millón de personas, lo que corresponde a 1500 casos diagnosticados cada año en Estados Unidos. En Kerala India estudiaron 100 EB tomadas de una muestra de 47.773 casos, reportando una prevalencia de 0,2%. (7) Al realizar la correlación clínico - patológica de los 8 casos de Eritroplasia de la mucosa bucal con los diferentes grados de Displasia Epitelial, (DE) se encontró que 3(37,5%) eran DE leves, 4(50%) DE moderadas y 1(12,5%) DE severas. En contraposición con los datos de algunos autores que reportan que el 90% de las EB presentan alteraciones displásicas severas, de éstas, cerca de la mitad son Carcinomas de células Escamosas y 40% corresponde a Carcinomas *In Situ*. El 10% restante corresponde a Displasias Leves o Moderadas. (3) Con respecto a la Correlación de la EB con los diferentes grados de DE y el aspecto clínico se encontró que 6 presentaban aspecto homogéneo (3 con Displasia Leve y 3 con Moderada) y 2 no homogéneo (1 con Displasia Moderada Y 1 Severa) destacando que la literatura reporta que existen muy pocos estudios en donde las características clínicas e histopatológicas hallan sido correlacionadas y que no hay reportes en relación con los diferentes tipos clínicos de Eritroplasias. (5) En nuestro estudio no hubo frecuencia en edad mostrando igual proporción para el grupo de 20- 29 años, 30-39 años y 60 y más años (n=2; 25%), para el grupo de 10 a 19 y 50 a 59 años 1 caso cada uno (12,5%) El sexo femenino fue el de mayor predilección 5 casos (62,5%). Concordando con la literatura donde reportan que es más frecuente en pacientes de edad mediana y en personas mayores (sexta y séptima década de la vida), y en contraposición con el predominio por género donde reportan un ligero predominio en hombres que en mujeres en una proporción de 1,15: 1, se puede inferir que nuestra predilección por el sexo femenino puede estar dada por el aumento de los hábitos tabáquicos y alcohólicos en mujeres en los actuales momentos. La localización anatómica más frecuentemente afectada fue el paladar duro con 3 casos (37,5%), seguido por paladar blando con 2 casos (25%), labio, lengua y encía con 1 caso cada uno (12,5%). Coincidiendo parcialmente con algunos autores quienes reportan, paladar blando, piso de boca, zona retromolar y labios sobre todo en pacientes fumadores, (5) pensamos que en nuestro estudio la predilección por paladar duro puede estar relacionada con el hábito que desarrollan algunos pacientes de fumar invertido sobre todo en algunas regiones de nuestro país. Existen muy pocos estudios en donde las características clínicas e histopatológicas de la EB hallan sido correlacionadas y no hay reportes en relación con los diferentes aspectos clínicos de la misma, de allí se destaca la importancia de nuestro estudio donde se realiza una correlación clínico patológica de la entidad y se destaca su relación con otras patologías como Leucoplasia y Liquen Plano que si tienen una alta frecuencia en nuestra población.

#### CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos en nuestra investigación podemos concluir que el aspecto clínico más frecuente de la EB es el Homogéneo asociado con De leve y moderada. No presenta predilección por edad. El sexo femenino fue el de mayor predilección. La localización anatómica más frecuentemente afectada fue el paladar duro. La Eritroplasia de la mucosa bucal esta más relacionada con el diagnóstico histopatológico de Displasia Epitelial Moderada y el 100% de los casos está relacionado con hábitos tabáquicos.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO Collaborating centre for Oral Precancerous Lesions. Definitions of Leukoplakia and related lesions: an aid to studies on oral precancer. *Oral surg* 1978; 46: 518 - 39.
2. Axell t, Pindborg J, Smith C et al. Oral white lesions with special referente to precancerous and tobacco-related lesions: conclusions o fan Internatinal Symposium held in Uppsala, Sweden, May 18 - 21, 1994. *J Oral Pathol Med* 1996; 25: 49 - 54.
3. Shafer W, Waldron C. Erythroplakia of the oral cavity. *Cancer* 1975; 36: 1021 - 8.
4. Shear W, Waldrom C. Erithroplakia of the oral cavity. *Cancer* 1975;36:1021 - 1028.
5. Reichart P, Philipsen H. Oral Erythroplakia - a review. *Oral Oncol* 2005; 41: 551 - 61.
6. Bouquot J, Ephros H. Erythroplakia: the dangerous red mucosa. *Pract Periodontics Aesthet Dent* 1995; 7: 59 - 67.
7. Hashibe M, Mathew B, Kuruvilla B, Thomas G, Sankaranarayanan B, Parkin D, et al. Chewing tobacco, alcohol and the factors risk of erythroplakia. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2000; 9: 639 - 45.
8. Bagan J, Hernández S. Tema 12 Eritroplasia. Curso Online de Medicina y Patología Oral. Medicina Oral. Universidad de Valencia España. 2006.
9. Hashibe M, Jacob B, Thomas G,Ramadas K, Mathew B, Sankaranarayanan B, et al.Socioeconomic status, life style factors and oral premalignant lesions. *Oral Oncol* 2003; 39: 664 - 71.
10. Sudbo J, Kidal W, Johannessen A, Koppang H, Sudbo A, Danielsen H, et al. Gross Genomic aberration in precancers: clinical implications of a long term follow - up study in oral Erythroplakias. *J oral Oncol* 2002; 20: 456 - 62.
11. Mashberg A. Erithroplakia: the earliest sign of asymptomatic oral cancer. *J Am Dent Assoc* 1978; 96: 615 - 20.
12. Melrose R. Premalignant oral mucosal diseases. *J Calif Dent Assoc* 2001; 29: 593 - 600.
13. Thomas G, Hashibe M, Jacob B, Ramadas K, Mathew B, Sankaranarayanan R, Zhang Z. Risk factors for multiple oral premalignant lesions. *Int J Cancer* 2003 107 (2): 285 - 91
14. González Moles M. Precáncer y Cáncer Oral. Ediciones Avances. Madrid. 2001.
15. Vedtofte P, Holmstrup P, Hjorting - Hansen E, Pindborg J. Surgical treatment of premalignant lesions of the oral mucosa. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1987; 16: 656 - 64.
16. Lodi G, Sardela A, Bez C, Demarosi F, Carrisi A. Intervention for treating oral leukoplakia. *Cochrane Syst Rev* 2004; 1829