

Lesiones potencialmente malignas de la cavidad bucal

López-Castro, J. G.;¹ Guzmán-Gastélum, D. A.;² Espinosa-Cristóbal, L. F.;² Cuevas-González, J. C.;² Tovar-Carrillo, K. L.;² Reyes López, S. Y.;³ Donohue-Cornejo, A.^{2*}

RESUMEN

Las lesiones o desórdenes orales potencialmente malignos (DOPM) fueron definidos por la OMS como aquellos tejidos alterados morfológicamente en los que es más probable que el cáncer ocurra. Se pretende que los cirujanos dentistas de práctica general aprendan a identificar los DOPM dentro de la cavidad oral y así poder dar diagnósticos tempranos que faciliten el tratamiento y den un mejor pronóstico para los pacientes. Se realizó una revisión de la literatura usando las principales bases de datos (PubMed, Scielo, Elsevier). Entre los DOPM principales se encuentran: leucoplasia, eritroplasia, queilitis actínica, liquen plano, eritroleucoplasia, estomatitis nicotínica, candidiasis, disqueratosis congénita, glositis sífilítica, entre otras. Se concluye que la identificación y diagnóstico temprano de estas enfermedades es de vital importancia dentro de la prevención, para así evitar una posible malignización; la que se destaca como la más común es la leucoplasia y, en menor porcentaje, la eritroplasia.

Palabras clave: lesión maligna; diagnóstico; prevención.

ABSTRACT

Potentially malignant lesions or oral disorders (PMODS) were defined by WHO as those morphologically altered tissues in which cancer is most likely to occur. It is intended that general practice dentist surgeons learn to identify PMODS within the oral cavity so that they can give early diagnoses that facilitate treatment and give a better prognosis for patients. A review of the literature was made using the main databases (PubMed, Scielo, Elsevier). The main PMODS are leukoplakia, erythroplasia, actinic cheilitis, lichen plan, erythroleukoplakia, nicotinic stomatitis, candidiasis, congenital dyskeratosis, syphilitic glossitis among others. It is concluded that the identification and early diagnosis of these diseases is of vital importance within prevention in order to avoid a possible malignancy of these; the most common is leukoplakia and in lesser percentage erythroplasia.

Keywords: malignant injury; diagnosis; prevention.

1 Pasante del Programa de Cirujano Dentista del Departamento de Estomatología del Instituto de Ciencias Biomédicas (ICB) de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ).

2 Profesor-investigador del Departamento de Estomatología del ICB de la UACJ.

3 Profesor-investigador del Departamento de Ciencias Químico Biológicas de la UACJ.

* Autor para correspondencia: Dr. Alejandro Donohue Cornejo; Anillo Envolvente del Pronaf y Estocolmo, Ciudad Juárez, Chih., cp 32310; Tel. +52 (656) 688 18 00 Ext. 1546; adonohue@uacj.mx

INTRODUCCIÓN

En 1978 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió una lesión precancerosa como un tejido con una morfología alterada que la hace más propensa a la progresión del cáncer. En 2005 la OMS reemplazó el término por desórdenes orales potencialmente malignos (DOPM), empleándolo así para describir todas aquellas alteraciones en la mucosa oral que anteceden a una lesión maligna; esto es, condiciones patológicas que implican, a la vez, un potencial de malignización y un indicador de riesgo de neoplasias malignas dentro de las cuales se encuentran, como principales, la leucoplasia, eritroplasia, eritroleucoplasia, fibrosis oral submucosa, liquen plano y queilitis actínica (Toviño *et al.*, 2018; Perschbacher, Pérez-Ordóñez, & Soares, 2018).

Los DOPM son de los primeros cambios en la cavidad bucal que pueden llegar a indicar que exista un riesgo de malignizarse, siendo los más comunes la leucoplasia y la eritroplasia.

Por lo tanto, el diagnóstico y tratamiento de estas lesiones de forma precoz ayudará a disminuir la tasa de mortalidad, así como a mejorar la calidad de vida de la población; debido a que el conocimiento que se tiene de estas lesiones es cada vez más avanzado, se decidió hacer una revisión de la literatura y aprender a identificarlas, además de una posible malignización.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para llevar a cabo esta investigación, se hizo una revisión de la literatura usando las principales bases de datos (PubMed, scielo, Elsevier). Los términos para la búsqueda fueron: lesiones potencialmente malignas; oral potentially malignant disorders; lesiones orales premalignas; desórdenes orales potencialmente malignos. Se incluyeron artículos en inglés y español acerca de casos clínicos, revisiones de la literatura, estudios clínicos, así como el uso de libros.

RESULTADOS

Después de la búsqueda, se efectuó una revisión de cada uno de los títulos arrojados por los diferentes servidores, para de esta manera elegir los que se relacionaban con el tema. De todo lo revisado, esto fue lo que se obtuvo:

Los DOPM conllevan a un desarrollo de cáncer, de los cuales muchos pueden ser eliminados de manera favorable, siempre y cuando sean detectados a tiempo.

Dentro de las principales causas de los DOPM, se encuentran el uso del tabaco, ya sea fumado o masticado; así como la ingesta de alcohol o drogas. También existen otras situaciones que podrían llegar a desencadenar dichos desórdenes, tales como el estrés, ansiedad, mala higiene bucal, sepsis bucal o exposición continua a algún tipo de radiación (Chusino-Alarcón; & Bravo-Cevallos, 2016; El-Naggar *et al.*, 2017).

La localización de los DOPM puede originarse en cualquier parte de la mucosa oral y puede variar a partir de los distintos factores etiológicos, la edad del paciente o su género, pero es más común encontrarlos en el área del paladar, mucosa yugal, lengua y piso de la boca (Chusino-Alarcón; & Bravo-Cevallos, 2016; El-Naggar *et al.*, 2017).

A continuación se hace un análisis de los DOPM que actualmente considera la OMS:

LEUCOPLASIA

Ha sido definida por la OMS como una placa blanca situada sobre la mucosa bucal que no puede ser eliminada mediante raspado ni clasificada como ninguna otra enfermedad diagnosticable (Toviño *et al.*, 2018). Es la lesión potencialmente maligna más frecuente en la cavidad oral con una incidencia de 1.5 % a 12 % en la población con predilección por el género masculino, además de que aparece entre la cuarta y sexta décadas de la vida (Saap, Eversole, & Wysocki, 2008; Toviño *et al.*, 2018).

La etiología de la leucoplasia es considerada por diversos factores, tales como el tabaco con o sin humo, alcohol, infección por VPH, irritación crónica causada por dentaduras protésicas mal adaptadas,

infección por *Candida albicans*, virus de Epstein-Barr y algunos trastornos genéticos (Hernández-Pérez, & Rivera-Macías, 2019; Toviño *et al.*, 2018).

Las lesiones pueden aparecer como solitarias o múltiples, maculares, asintomáticas, planas, de un color ligeramente blanquecino o translúcidas, o como placas elevadas, gruesas y firmes con una superficie fisurada (Martínez-Sahuquillo *et al.*, 2008; Saap *et al.*, 2008).

La localización para la leucoplasia puede ser en cualquier parte de la mucosa bucal, pero es más frecuente en la mucosa yugal, comisuras labiales, lengua y encía; y con menor frecuencia se encuentra en el piso de la boca, paladar, reborde alveolar o labio inferior (Hernández-Pérez, & Rivera-Macías, 2019; Saap *et al.*, 2008).

La clasificación clínica de la leucoplasia, se da dentro de dos grupos: homogénea y no homogénea. La leucoplasia homogénea se presenta como una lesión blanca uniforme y delgada, que puede ser de superficie lisa, aunque también puede verse arrugada o con surcos; siendo esta la más frecuente. La leucoplasia no homogénea es una lesión blanca pero con una superficie irregular, dentro de la cual se incluye la eritroleucoplasia nodular y verrugosa (Hernández-Pérez, & Rivera-Macías, 2019).

Figura 1. Leucoplasia localizada en la cara dorsal y el borde lateral de la lengua



Fuente: elaboración propia.

Histopatológicamente, la leucoplasia presenta un aumento del espesor de la capa de queratina (hiperparaqueratosis), un aumento del espesor del estrato espinoso (acantosis) y una papilomatosis; por lo tanto, el engrosamiento de alguna de las capas contribuye al aspecto blanco que presenta el epitelio; generalmente presentan displasia leve o moderada (Martínez-Sahuquillo *et al.*, 2008; Saap *et al.*, 2008).

ERITROPLASIA

Es definida por la OMS como una placa de color rojo intenso que no se puede caracterizar clínica ni patológicamente como ninguna otra enfermedad definible. La incidencia dentro de la población es considerada entre 0.2 % a 0.83 % con una predilección por el género masculino entre la cuarta y sexta décadas de la vida (Toviño *et al.*, 2018).

Se puede encontrar como una placa o mancha roja aterciopelada asintomática, de bordes bien definidos, que puede ser de superficie lisa o ligeramente nodular y con un aspecto inflamatorio. Se localiza con mayor frecuencia en el piso de la boca, lengua, paladar blando, amígdalas y mucosa yugal (Saap *et al.*, 2008; Toviño *et al.*, 2018).

Figura 2. Eritroplasia localizada en la cara ventral de la lengua



Fuente: elaboración propia.

En su histopatología carece de una cantidad normal de queratina, un epitelio delgado que puede llegar a ser atrófico con evidencia de cambios displásicos y un infiltrado inflamatorio en el tejido conectivo (Saap *et al.*, 2008).

El grado de malignización de una eritroplasia es de 14 % a 50 %, por lo cual es importante considerarla como de alto riesgo, ya que de 60 % a 90 % son displasias epiteliales, carcinomas *in situ* o carcinomas de células escamosas (Saap *et al.*, 2008).

ERITROLEUCOPLASIA

Es considerada una leucoplasia no homogénea que aparece como una lesión roja que puede presentar áreas de color blanco con una superficie plana y que puede manifestar una sensación de ardor o dolor. Estas lesiones pueden aparecer en cualquier parte de la mucosa bucal con una mayor incidencia en el género masculino entre la quinta y sexta década de la vida. Su etiología está asociada a una infección por *Candida albicans*, así como su relación con el consumo del tabaco. En su histopatología, se pueden encontrar acúmulos de queratina, así como zonas con atrofia epitelial y un infiltrado inflamatorio (Estrada *et al.*, 2012).

LIQUEN PLANO

Es una enfermedad crónica autoinmune de carácter inflamatorio con una incidencia de 0.1 % a 2.2 % en la población; se presenta con mayor frecuencia en mujeres entre la tercera y quinta décadas de la vida, pero también puede aparecer raramente en jóvenes y niños (Toviño *et al.*, 2018; Villanueva-Sánchez *et al.*, 2018).

La etiología del liquen plano es desconocida, pero se asocia con factores inmunológicos, así como con distintos factores que pueden agravarlo, tales como el alcohol, tabaco, VPH, radiación ultravioleta, inmunosupresión, nuez de betel, estrés, ansiedad, entre otros (Paiva *et al.*, 2016; Sánchez-Gay, Artze-Caballero, & Artze-Caballero, 2016).

El liquen plano presenta una variedad de manifestaciones clínicas que se pueden clasificar en típica (reticular) y atípica (forma atrófica, en placa, erosiva, bullosa y mixta; frecuentemente exis-

te combinación de las formas reticular y erosiva). La forma más frecuente es la reticular, que se da por un patrón único que consiste en líneas blanquecinas ramificadas entrelazadas sobre un fondo eritematoso; estas líneas son conocidas como estrías de Wickham; es común que sea asintomático y bilateral. Su localización es más frecuente en la parte posterior de la mucosa bucal y el vestíbulo oral, pero también puede presentarse en la encía y la lengua, y raramente en el paladar duro o blando.

El liquen plano erosivo se presenta como áreas atróficas eritematosas con ulceraciones, así como el borde circunscrito por estrías blanquecinas. Los pacientes con este tipo de liquen presentan dolor de moderado a severo con cierto tipo de alimentos. El liquen en placas, se manifiesta como una zona blanquecina plana o elevada en la mucosa. Se localiza frecuentemente en el dorso de la lengua. El liquen de forma atrófica, se presenta como zonas rojas eritematosas que se localizan frecuentemente en la lengua, encía, mucosa yugal, piso de la boca y fondo del saco. El liquen de forma bullosa es más raro y consiste en grandes ampollas que constan de una corta duración, ya que se rompen casi inmediatamente y se pueden localizar en la mucosa bucal posterior (Saap *et al.*, 2008; Toviño *et al.*, 2018; Villanueva-Sánchez *et al.*, 2018).

Figura 3. *Liquen plano reticular con áreas erosivas localizado en la mucosa yugal*



Fuente: elaboración propia.

Las características histopatológicas del liquen plano constan principalmente de ortoqueratosis y paraqueratosis, acantosis con crestas epiteliales cortas y puntiagudas o en forma de dientes de sierra, así como un infiltrado linfocitario T (Villanueva-Sánchez *et al.*, 2018).

El liquen plano tiene una incidencia de malignización de 2 % a 4 % si no es tratado de manera adecuada, por lo que es importante prestar atención a las lesiones blanquecinas en la boca (Sánchez-Gay *et al.*, 2016).

QUEILITIS ACTÍNICA

Es una inflamación de los labios que ocurre como consecuencia de una exposición prolongada a la radiación ultravioleta, mala higiene, traumatismos, consumo de tabaco o alcohol, reacción alérgica, infección, cáncer o enfermedad sistémica. El predominio se encuentra en el labio inferior en personas expuestas al aire libre por un largo tiempo, mayormente del género masculino y de mediana edad, así como de tez blanca (Toviño *et al.*, 2018).

Clínicamente se manifiesta con áreas secas, fisuradas y de descamación, aunque también pueden aparecer ampollas, vesículas, erosiones o costras, acompañadas de dolor y sangrado, así como la pérdida del borde del bermellón; a la palpación tiene una sensación de papel lija (Osorio-Hernández, Palma-Fuentes, & Carte-Velásquez, 2016; Toviño *et al.*, 2018).

Se puede clasificar según su grado de severidad en: 1) Leve: las lesiones son apenas palpables y con presencia de resequeidad y descamación; 2) Moderada: son lesiones de fácil palpación y con presencia de resequeidad, descamación exarcebada y grietas; y 3) Severa: son lesiones gruesas con presencia de úlceras y costras, endurecimiento del labio y pérdida del borde del bermellón (Osorio-Hernández *et al.*, 2016; Sánchez-Ferra, 2012).

En su histopatología se presenta infiltrado inflamatorio, elastosis actínica, mitosis en los diferentes estratos e hiperqueratosis con paraqueratosis focal (Osorio-Hernández *et al.*, 2016).

La queilitis actínica tiene un potencial a malignizarse entre 11 % y 36 % en un carcinoma escamocelular, siendo en 95 % el origen del cáncer de labio (Osorio-Hernández *et al.*, 2016).

FIBROSIS ORAL SUBMUCOSA

Es una enfermedad de cicatrización progresiva crónica con una etiología desconocida, pero que ha sido asociada con un contacto o consumo prolongado de tabaco, chiles, lima, masticar nuez de betel, trastornos del colágeno, trastornos inmunológicos, pimienta picante o deficiencia nutricional. Se localiza en la mucosa yugal, labios, paladar blando y faringe (Devarajan, & Somasundaram, 2019; Shankar, & Don, 2019).

Las lesiones son eritematosas y pueden estar en conjunto con petequias, vesículas o algún tipo de pigmentación. Afectan de manera simétrica y son de un aspecto pálido y atrófico que dan una “apariencia de piedra de mármol”; también dan una sensación de ardor; cuando la enfermedad progresa los pacientes presentan falta de movilidad en la lengua e incapacidad de abrir la boca por una rigidez progresiva de las mejillas, entre otras (Devarajan, & Somasundaram, 2019).

Se clasifica por etapas, según su clínica, en: i) Temprana; ii) Leve a moderada; iii) Moderada a severa; y iv) Grave. Puede presentar una lesión premaligna intraoral (Devarajan, & Somasundaram, 2019).

Histopatológicamente se caracteriza por inflamación crónica del tejido conjuntivo, fibrosis progresiva difusa y atrofia del epitelio suprayacente (Devarajan, & Somasundaram, 2019).

ESTOMATITIS NICOTÍNICA (HÁBITO DE FUMAR INVERTIDO)

El hábito de fumar invertido consiste en introducir el extremo encendido del tabaco dentro de la boca y al cerrar esta, aspirar el humo. Esta lesión afecta principalmente la región posterior del paladar duro que adquiere un cambio de coloración, viéndose blanco difuso, que puede llegar a tener una superficie áspera y estar fisurado o arrugado; así como presentar múltiples pápulas con centros punteados

de color rojo. Estas lesiones también pueden manifestarse en la mucosa. En su histopatología presenta hiperqueratosis y acantosis, y puede existir presencia de metaplasia escamosa en los conductos salivales y una inflamación en el tejido conjuntivo (Angulo-Quiñónez, & López-Ulloa, 2019; Toviño *et al.*, 2018).

CANDIDIASIS HIPERPLÁSICA CRÓNICA

También conocida como *candida* leucoplásica, se presenta como placas blancas opacas y ásperas al tacto o pápulas blancas sobre un fondo eritematoso y con ulceración, donde el paciente puede tener ardor. Su localización más frecuente es en la mucosa yugal, a lo largo de la línea oclusal, donde se ensancha en forma de v, cerca de las comisuras labiales, y ambos lados pueden estar afectados. Histopatológicamente, se observa el epitelio paraqueratinizado, acantosis y un infiltrado inflamatorio en el tejido conjuntivo (González-García *et al.*, 2006; Mayoral, Chávez, & Ribera, 2009; Saap *et al.*, 2008).

LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE

Es la forma clínica más común del lupus eritematoso cutáneo crónico. Se caracteriza por lesiones en forma de placa eritematoso-escamoso-atrónica, cutánea y mucosa en el rostro y el cuero cabelludo, pero también puede afectar el tórax, las extremidades superiores o cualquier parte del cuerpo. Afecta con mayor incidencia a mujeres que a hombres entre los veinte y cuarenta años, así como en mayor porcentaje a la raza negra. Las lesiones orales son menos frecuentes, pero se puede presentar como áreas leucoplásicas anulares, erosiones eritematosas o ulceraciones en compañía de sensación de dolor o quemazón; asimismo, los labios pueden presentar engrosamiento y adquirir una coloración rojiza. En su histopatología, se encuentra un aumento en el grosor de la capa basal, atrofia epitelial, hiperqueratosis, infiltrado inflamatorio linfocitario y, en casos avanzados, una cicatriz (Acar, Oliveros, & Ramos-Garibay, 2006; Gallegos-Ríos, Martínez-Magaña, & Romo-Sánchez, 2016; López-Labady *et al.*, 2007; Saap *et al.*, 2008).

GLOSITIS SIFILÍTICA

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema pallidum*. El sitio principal de inoculación es el área genital, pero también puede afectar la cavidad bucal. Las manifestaciones orales de la sífilis pueden aparecer en cualquiera de las etapas de la enfermedad; la lesión clásica es una úlcera no dolorosa con bordes elevados (chancro) y se presenta en el sitio de inoculación, que puede ser en los labios, lengua, mucosa bucal, amígdalas u orofaringe en la primera etapa. En la segunda etapa de la enfermedad, se puede manifestar como úlceras solitarias o múltiples, ampollas, erosiones, pápulas o nódulos, que se pueden confundir con otras lesiones orales. En la última etapa, se presenta como goma, la cual es una lesión granulomatosa destructiva asintomática. La glositis se caracteriza por la atrofia de las papilas filiformes y fungiformes, adquiriendo un aspecto brillante y suave en conjunto con placas blancas homogéneas (Esquivel-Pedraza *et al.*, 2019; Navazo-Eguía *et al.*, 2017).

DISQUERATOSIS CONGÉNITA

Es un trastorno hereditario muy poco frecuente donde los pacientes manifiestan una hiperpigmentación reticulada de la piel, distrofia de faneras, leucoplasia oral y distrofia ungueal. Otras alteraciones en la boca que se pueden encontrar son la pérdida prematura de dientes, anomalías en dientes, necrosis avascular e hipoplasia en el maxilar. La incidencia es de los 4 a 15 años de edad, predominando en el género masculino (Díaz-Mirón, & Franco-Navarrete, 2011; Ninomiya *et al.*, 2006).

DISCUSIÓN

Los trastornos potencialmente malignos son entidades mayormente propensas a desarrollar una lesión maligna, generalmente por estar expuestos a ciertos factores de riesgo, dentro de los cuales están el hábito de fumar tabaco, fumarlo de manera invertido y masticar nuez de betel o areca. Otros factores asociados y reportados en la literatura son

el bajo consumo de frutas y verduras ricas en flavonoides (Cristóbal, 2018).

Es de gran importancia entre los estudiantes de odontología, así como de los dentistas y especialistas en general, que tengan conocimientos de patología bucal para entender la importancia que tiene el detectar lesiones potencialmente malignas para obtener un diagnóstico oportuno y un tratamiento eficaz, ya que una vez confirmado el paciente debe ser derivado a un equipo médico experto en esta área (Cristóbal, 2018). Es importante realizar un examen bucal sistemático de toda la mucosa bucal, lo cual permitirá conocer el estado de salud de los pacientes y así lograr su prevención.

La interpretación del término leucoplasia es estrictamente clínica sin connotaciones histológicas. La OMS la define como una mancha blanca que no puede caracterizarse como otra entidad clínica ni patológica (Axell *et al.*, 1996). De acuerdo con los principales factores desencadenantes, como es el tabaco, si este se mezcla con alcohol, se genera una reacción sinérgica que lo potencializa (Escribano-Bermejo, & Bascones-Martínez, 2009). El diagnóstico definitivo será después de establecer el comportamiento que conlleva el identificar los posibles factores etiológicos y la eliminación de estos de la mano con el diagnóstico histopatológico.

La curación clínica de la leucoplasia después de su tratamiento no libera al clínico de la responsabilidad de dar seguimiento al paciente, por lo que periódicamente debe observar su comportamiento de haber eliminado completamente los hábitos nocivos que puedan seguir alterando el estado de su salud bucal; si persiste dentro de un periodo de dos a tres meses, se debe llevar a cabo una práctica de controles histopatológicos (Escribano-Bermejo, & Bascones-Martínez, 2009).

La eritroplasia básicamente presenta la misma etiología que la leucoplasia, habiéndose implicado el tabaco y el alcohol. Se ha demostrado que aquellas regiones anatómicas más expuestas directamente a agentes irritantes como la combustión de productos tóxicos, tales como alquitrán, nicotina, fenoles y otros durante un tiempo determinado, sufren cambios importantes generalmente asintomáticos pero pueden presentar sintomatología.

En el caso de la mucosa bucal aparecen lesiones rojizas que producen alteraciones en la mayoría de los casos reversibles, pero si se elimina su agente causal principal que es el tabaquismo (Estrada *et al.*, 2010).

A pesar de los numerosos estudios realizados en el liquen plano, se ha demostrado que es un desafío en la práctica clínica estomatológica diaria por sus variantes formas de presentación, diagnósticos diferenciales, tratamientos y posibilidades de malignización. Es de suma importancia que estos profesionales conozcan las principales características de esta lesión con el objetivo de contribuir a una satisfactoria salud bucal y prevenir a futuro cualquier desorden que pueda afectar la calidad de vida del paciente. Existen numerosos tratamientos para el liquen plano, sin embargo, ninguno de ellos es cien por ciento efectivo, por lo que se debe individualizar de acuerdo con el caso en particular (Pereda, González, & Torres, 2016).

En general dentro de los resultados de este análisis acerca de los DOPM, se visualizaron los aspectos de mayor relevancia, brindando la oportunidad de abrir nuestra mente e identificar los riesgos y el potencial de malignización de cada uno, permitiéndonos tener un particular cuidado para nuestros pacientes.

CONCLUSIÓN

Cada una de las lesiones mencionadas tienen algún grado de potencial de malignización, por lo cual es importante aprender a identificarlas y diagnosticarlas a tiempo, ya que los problemas de salud oral no son atendidos con el cuidado que requieren cuando en realidad tienen una alta incidencia en la población. Un buen conocimiento de las patologías que existen en la cavidad bucal también permitirá tener un tratamiento adecuado en dichas lesiones.

REFERENCIAS

Acar, M. R., Oliveros, T. G., & Ramos-Garibay, A. (2006). Lupus eritematoso discoide. Presentación de un caso. *Rev. Centro Dermatol. Pascua*, 15(1), 9-15.

- Angulo-Quiñónez, L., & López-Ulloa, B. (2019). Estomatitis nicotínica asociada al hábito de fumar cigarro invertido en paciente ecuatoriana. *Acta Odontol. Colomb.*, 9(2), 103-111.
- Axell, T., Pindborg, J. J., Smith, C. J., & Van der Waal, I. (1996). Oral White Lesions with Special Reference to Precancerous and Tobacco-related Lesions: Conclusions of an International Symposium Held in Uppsala, Sweden, on May 18-21, 1994. *J. Oral Pathol. Med.*, 25(2), 49-55. International Collaborative Group on Oral White Lesions.
- Chusino-Alarcón, D. F., & Bravo-Cevallos, D. M. (2016). Lesiones bucales premalignas y malignas en el adulto mayor. *Dom. Cienc.*, 2(2), 136-146. Polo de Capacitación; Investigación y Publicación (Pocai). <https://doaj.org/article/cb75e1b64ae54812a-81178f1607ae718>
- Cristóbal, A. (2018). Diagnóstico precoz y prevención de cáncer en cavidad oral. *Rev. Méd. Clín. Las Condes*. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.06.008>
- Devarajan, H., & Somasundaram, S. (2019). Oral Submucous Fibrosis: Etiology and Management – A Review. *Drug Inv. Today*, 11(6), 1392-1395.
- Díaz-Mirón, D. N., & Franco-Navarrete, G. (2011). Disqueratosis congénita. *Rev. Mex. Dermatol.*, 55(5), 296-300.
- El-Naggar, K. C., Grandis, J. R., Takata, T., & Slootweg, P. J. (Eds.) (2017). *WHO: Classification of Head and Neck Tumours* (4th Ed.). I A CR.
- Escribano-Bermejo, M., & Bascones-Martínez, A. (2009). Leucoplasia oral: conceptos actuales. *Av. Odontoestomatol.*, 25(2), 83-97.
- Esquivel-Pedraza, L., Fernández-Cuevas, L., Saeb-Lima, M., Morales-Pacheco, M., Milke-García, D. P., & Méndez-Flores, S. (2019). Manifestaciones en la mucosa bucal de sífilis y deficiencia nutricia sincrónica. *Dermatol., Rev. Mex.*, 63(6), 584-591.
- Estrada-Pereira, G. A., Márquez-Filiú, M., & González-Heredia, E. (2012). Incidencia de la eritroleucoplasia en la cavidad bucal. *MEDISAN MEDISAN*, 16(11). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012001100008&lng=en&tlng=en
- Estrada Pereira, G. A., Zayas Simón, Ó. P., González Heredia, E., González Alonso, C., & Castellanos Sierra, G. (2010). Diagnóstico clínico e histopatológico de la eritroplasia bucal. *MEDISAN*, 14(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10293019201000400003&lng=es&tlng=es
- Gallegos-Ríos, M. A., Martínez-Magaña, I. A., & Romo-Sánchez, C. (2016). Lupus eritematoso discoide. *Dermatol., Rev. Mex.*, 60(3), 253-256.
- González-García, R., Sastre-Pérez, J., Muñoz-Guerra, M. F., Naval-Gías, L., Rodríguez-Campo, F. J., Gamallo, C., & Díaz González, F. J. (2006). Candidiasis hiperplásica crónica de la mucosa oral. *Rev. Esp. Cir. Oral Maxil.*, 28(3), 191-194. Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582006000300004&lng=en&tlng=en
- Hernández-Pérez, F., & Rivera-Macías, S. (2019). Leucoplasia homogénea de cavidad bucal. *Rev. Oral.*, 20(63), 1723-1726.
- López-Labady, J., Moret, Y., Villarroel Dorrego, M., & Mata de Henning, M. (2007). Manifestaciones bucales del lupus eritematoso: revisión de la literatura. *Acta Odontol. Ven.*, 45(2). https://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/2/manifestaciones_bucales_lupus_eritematoso.asp
- Martínez-Sahuquillo Márquez, A., Gallardo Castillo, I., Cobos Fuentes, M. J., Caballero Aguilar, J., & Bullón Fernández, P. (2008). La leucoplasia oral: su implicación como lesión precancerosa. *Av. Odontoestomatol.*, 24(1), 33-44.
- Mayoral, J., Chávez, M., & Ribera, M. (2009). La candidiasis oral: revisión de la literatura. *Rev. Odontol. Espec*. http://www.infomed.es/rode/index.php?option=com_content&task=view&id=212&Itemid=32
- Navazo-Eguía, A. I., Rioja-Peñaranda, E., Echevarría-Iturbe, C., Terán-Muñoz, D., Cordero-Civantos, C., & Ibáñez-Muñoz, C. (2017). Manifestaciones orales de la sífilis: caso clínico.

- Rev. ORL*, 8(4), 253-257. Ediciones Universidad de Salamanca. <https://doaj.org/article/f2f71a5286e84964b2e3e32a580535e4>
- Ninomiya, I. S., Castagnino, N., Mavromatópulos, E., Rivas, M., Basack, N., & Gómez Raccio, A. (2006). Disqueratosis congénita: presentación de un caso clínico. *Arch. Argent. Pediatr.*, 104(5). http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S03250075200600500012&lng=en&tlng=en
- Osorio-Hernández, C., Palma-Fuentes, B., & Cartel-Velásquez, R. (2016). Queilitis actínica: aspectos histológicos, clínicos y epidemiológicos. *Rev. Cub. Estomatol.*, 53(2), 45-55.
- Paiva, S. N., Braga, C. C., Almeida-Coburn, K. L., Bautz, W. G., De Barros, A. P., & Da Gama-de-Souza, L. N. (2016). Oral Lichen Planus: Clinical Profile and Determination of Oral Epithelial Dysplasia. *Int. J. Odontostomatol.*, 10(1), 99-106. Universidad de La Frontera-Facultad de Medicina. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2016000100016&lng=en&tlng=en
- Pereda Rojas, M. E., González Cardona, Y., & Torres Herrera, L. W. (2016). Actualización sobre liquen plano bucal. *Corr. Cient. Méd.*, 20(3), 539-555 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000300009&lng=es&tlng=es
- Perschbacher, K., Pérez-Ordóñez, B., & Soares, A. B. (2018). Oral Potentially Malignant Disorders. *Diag. Histopathol.*, 24(5), 161-165.
- Saap, P. J., Eversole, R. L., & Wysocki, P. G. (2008). *Patología oral y maxilofacial contemporánea* (2.^a ed.). Elsevier.
- Sánchez-Ferra, D., Alcalá-Pérez, D., Peralta-Pedrero, M. L., Vega-González, M., Medina-Bojórquez, A., Valenzuela-Flores, A. B., & Torres-Arreola, L. P. (2012). Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de la queratosis actínica. *Dermatol., Rev. Mex.*, 56(1), 16-27.
- Sánchez-Gay, J. M., Artze-Caballero, M., & Artze-Caballero, G. (2016). Liquen plano bucal: presentación de un caso. *Rev. Méd. Electr.*, 869-876; Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000600008&lng=en&tlng=en
- Shankar, M., & Don, K. R. (2019). Oral Submucous Fibrosis. *Drug Inv. Today*, 12(2), 331-338.
- Toviño, E. G., Carmona, M. C., Díaz, A. J., Harris, J., & Lanfranchi, H. E. (2018). Expresiones clínicas de los desórdenes potencialmente malignos en cavidad oral: revisión integrativa de la literatura. *Univ. Odontol.*, 37(78). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo37-78.ecdp>
- Villanueva-Sánchez, F. G., Escalante-Macías, L. H., Zambrano-Galván, G., Cuevas-González, J. C., & Maya-García, I. A. (2018). Liquen plano bucal: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev. Alerg. Mex.*, 65(4), 424-430.