



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

Trabajo de investigación para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista

**ESTUDIO CLÍNICO-PATOLÓGICO DE LAS LEUCOPLASIAS
DIAGNOSTICADAS EN EL LABORATORIO DE PATOLOGÍA
BUCOMAXILOFACIAL DE LA CLÍNICA DENTAL DOCENTE DE LA
UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA (1991- 2018)**

Alumnos:

Ruiz García, Alejandra

Saldaña Sánchez, Shirley

Salvador Artica, Ricardo

Asesor:

Dra. Esp. Sonia Sacsquispe Contreras

Departamento Académico de Medicina y Cirugía Buco Maxilo Facial

Lima - Perú

2019

JURADO EXAMINADOR

Coordinador de Jurado: Dr. Carlos Espinoza Montes

Calificador: Dra. Carola Coronado Li

Calificador: Dr. Jairo Sánchez León

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 12 de Agosto del 2019

CALIFICATIVO: Aprobado

ASESORA

Dra. Esp. CD. Sonia Sacsquispe Contreras

Departamento Académico de Medicina y Cirugía Buco Maxilo Facial

DEDICATORIA

A nuestra familia, principalmente nuestros padres por ser el pilar fundamental en todo que somos, en nuestra educación, tanto académica como en la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

Agradecimientos

A la Dra. Sonia Saccaquispe por su paciencia, atención y toda la dedicación puesta en nuestra investigación. A nuestras familias , por las palabras de aliento y empuje diario.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. Frecuencia de Leucoplasias según diagnóstico clínico y edad	20
TABLA 2. Frecuencia de Leucoplasias según diagnóstico y sexo	21
Tabla 3. Frecuencia de las Leucoplasias según diagnóstico clínico y tamaño.	22
TABLA 4. Relación de las Leucoplasias según diagnóstico clínico y diagnóstico histopatológico	23
TABLA 5. Frecuencia de Leucoplasias según diagnóstico histopatológico y edad	24
TABLA 6. Frecuencia de las Leucoplasias según diagnóstico histopatológico y sexo	25
TABLA 7. Frecuencia de las Leucoplasias según diagnóstico histopatológico y localización	26
TABLA 8. Frecuencia de las Leucoplasias según diagnóstico histopatológico y tamaño	27
TABLA 9. Frecuencia de las Leucoplasias según diagnóstico	28

histopatológico y procedencia

INDICE DE GRÁFICOS

	PÁG
GRÁFICO 1. Frecuencia de Leucoplasias según diagnóstico clínico y edad	29
GRÁFICO 2. Frecuencia de Leucoplasias según diagnóstico y sexo	30
GRÁFICO 4. Relación de las Leucoplasias según diagnóstico clínico y diagnóstico histopatológico	31
GRÁFICO 5. Frecuencia de Leucoplasias según diagnóstico histopatológico y edad	32
GRÁFICO 6. Frecuencia de las Leucoplasias según diagnóstico histopatológico y sexo	33
GRÁFICO 7. Frecuencia de las Leucoplasias según diagnóstico histopatológico y localización	34
GRÁFICO 9. Frecuencia de las Leucoplasias según diagnóstico histopatológico y procedencia	35

INDICE DE CONTENIDOS

Pág.	
	Resumen
	Introducción
	Objetivos
	Material y métodos
	Resultados
	Discusión
	Conclusiones
	Referencias bibliográficas
1	
4	
5	
6	
8	
15	
16	

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características clínicas y patológicas de las leucoplasias diagnosticadas en el Laboratorio de Patología Bucomaxilofacial de la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (1991- 2018).

Materiales y métodos: El presente estudio fue de tipo transversal, observacional, descriptivo y retrospectivo. Se realizó mediante la recopilación de fichas de solicitud de examen anatomopatológico correspondieron a casos admitidos en el Laboratorio de Patología Bucomaxilofacial de la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia entre los años 1991 al 2018 cuyos casos son referidos de instituciones públicas y privadas. Se observaron sus respectivas láminas histológicas; y se analizaron los resultados de acuerdo a las variables del estudio, las cuales para las leucoplasias según diagnóstico clínico fueron edad, sexo, tamaño y diagnóstico histopatológico; y según diagnóstico histopatológico las variables fueron edad, sexo, localización, tamaño de la lesión, tipo de queratinización y servicio de procedencia. Finalmente se construyeron tablas basadas en los resultados encontrados. **Resultados:** Se obtuvieron 205 casos de leucoplasias orales, predominó el sexo femenino (63.41%), y tuvo prevalencia la sexta (24%) y séptima década de vida (23.50%). El tamaño de lesiones, se dividió en tamaño mínimo (0.20cm) y máximo (11cm). Se relacionó las leucoplasias orales con los diagnósticos histopatológicos y se obtuvo que 88.57% fueron displasias epiteliales. Las localizaciones más frecuentes fueron lengua (38.36%) y encía y reborde alveolar (23.29%). **Conclusiones:** Se evidenció que no hay asociación estadísticamente significativa entre las características clínicas y patológicas de las leucoplasias diagnosticadas.

Palabras claves: Leucoplasia, Patología Bucal, Diagnóstico

ABSTRACT

Objective: To determine the clinical and pathological characteristics of leukoplakia diagnosed in the Bucomaxillofacial Pathology Laboratory of the Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (1991-2018). **Materials and methods:** The present study was cross-sectional, observational, descriptive and retrospective. It was carried out through the compilation of files of anatomopathological examination request corresponded to cases admitted in the Laboratory of Bucomaxillofacial Pathology of the the Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia between the years 1991 to 2018 whose cases are referred from public and private institutions. Their respective histological slides were observed; and the results were analyzed according to the study variables. Finally, tables were built based on the results found. **Results:** We obtained 205 cases of oral leukoplakia, female sex predominated (63.41%), and the sixth (24%) and seventh decade of life (23.50%) prevailed. The size of lesions was divided into minimum (0.20cm) and maximum (11cm). The oral leukoplakias were related to the histopathological diagnoses and it was obtained that 88.57% were epithelial dysplasias. The most frequent locations were tongue (38.36%) and gingiva and alveolar ridge (23.29%). **Conclusions:** The clinical and pathological characteristics of oral leukoplakias are: the female sex is the most predominant, the most frequent age range is the 6th and 7th decade of life, the most frequent location in the oral cavity is the tongue; The most frequent histopathological lesion was epithelial dysplasia.

Keywords: Leukoplakia, Oral Pathology, Diagnosis

INTRODUCCIÓN

La leucoplasia oral (LO) proviene de las palabras griegas "leuco" que significa blanco y "plakos" que significa placa y fue utilizado por primera vez a finales el siglo XIX por E. Schwimmer. Una leucoplasia oral se define como placa blanquecina que no puede ser desprendida al raspado y que no puede caracterizarse o catalogarse como ninguna otra lesión definida con alta tendencia en convertirse en cáncer oral¹. Por lo tanto, la leucoplasia oral, es un diagnóstico clínico, que puede ser remplazado con el diagnóstico histológico. En la actualidad se considera que la leucoplasia oral es una de las lesiones premalignas más frecuentes.²

La LO puede estar asociada a

agentes mecánicos, físicos o químicos; agentes mecánicos como lesiones iatrogénicas, superficies irregulares intraorales (dientes, remanentes radiculares, materiales protésicos, piercings, etc.); agentes químicos donde el 73%-81% de los pacientes con Leucoplasias tienen antecedentes de consumo de tabaco; pueden ser provocadas también por virus como herpes virus, papiloma virus, Epstein-Barr; bacterias como sífilis, tuberculosis y hongos como la cándida.³

La leucoplasia oral es una lesión relativamente rara con una prevalencia estimada de menos del 1%.⁴ En un estudio, Schwimmer, encontró 20 casos de leucoplasia en una muestra de 5000 pacientes por lo que se llegó a la conclusión que es una lesión infrecuente.⁵

Las mujeres y hombres están relativamente afectados de la misma manera. En la mayoría de casos ocurre a partir de la segunda década de vida; aproximadamente por encima de los 40 años con el 70%-90% de incidencia. Los 50 y 60 años son las edades con mayor afección en el caso de los hombres y 60 a 70 años en mujeres y es común encontrarla en consumidores de tabaco. Esta lesión puede aparecer en cualquier parte de la cavidad oral la cual, a su vez, se presenta de forma asintomática.^{6,7}

La localización en la que se presenta la leucoplasia oral tiene una íntima relación con el tipo de hábito tabáquico. Estudios realizados en la India demostraron que 85% de los casos las lesiones brotan en la mucosa vestibular, piso de boca o en la comisura labial mientras que en pacientes no fumadores las lesiones aparecen en los bordes laterales de la lengua.¹

La leucoplasia suele presentarse como una lesión única o múltiple localizada en la mucosa oral. Muchos otros estudios han demostrado la estrecha relación que hay entre el hábito de fumar y el género con leucoplasia.⁸

Las leucoplasias se dividen clínicamente como lesiones homogéneas y no homogéneas; una lesión homogénea presenta la superficie plana o ligeramente arrugada, uniforme y blanca, por otro lado, una lesión no homogénea presenta un color mixto, entre rojo y blanco y es definida como una eritroleucoplasia, en la cual la superficie puede ser plana o irregular, moteada o nodular. Existe una variante de las leucoplasias no homogéneas que presentan una superficie de tipo verrugosa, que recorre a través del tiempo y es definida como leucoplasia verrugosa proliferativa. Se considera que las leucoplasias tienen una probabilidad de malignización en un rango de 0.13% al 34%.^{8,9,10}

La leucoplasia verrugosa proliferativa fue descrita por Hansen y col. en 1985 como una forma distinta de la leucoplasia oral, posee un alto grado de transformación maligna. Es una lesión progresiva multifocal encontrada mayormente en mujeres. La Eritroleucoplasia es una lesión no homogénea con componentes de colores rojizos y blancos, también es considerada como una lesión con un alto grado de malignización.¹¹

Estadísticamente las leucoplasias no homogéneas son consideradas con mayor riesgo a malignizarse. Sin embargo, una LO puede ser diagnosticada histopatológicamente como Hiperqueratosis, Displasia epitelial y en grados más

avanzados como Carcinoma Epidermoide in situ y Carcinoma Epidermoide Invasivo.^{11, 12}

La Hiperqueratosis se define como el engrosamiento excesivo del estrato córneo. Las mucosas de la cavidad oral pueden ser revestidas por un epitelio Ortoqueratinizado, en el cual la queratina es compuesta por células sin núcleos, como es el caso del paladar duro, la encía, y cuando existe un engrosamiento de ésta capa es definido como Hiperortoqueratosis, por otro lado, el dorso de la lengua presenta un epitelio Paraquetinizado, que está conformado por células con núcleos residuales (picnóticos), y cuando la capa se engrosa se denomina como Hiperparaqueratosis. La queratina actúa como una barrera protectora tanto en la piel como en la mucosa oral. Estímulos como prótesis mal adaptadas, el tabaquismo, causan irritaciones crónicas constantes, por lo que llevarán a una queratinización del epitelio no queratinizado y formación adicional de queratina en el epitelio queratinizado. Las zonas como piso de boca, parte ventral de la lengua, partes laterales de la lengua, paladar blando, presentan un epitelio no queratinizado por lo que se vuelve vulnerable al desarrollo de lesiones premalignas como son: displasia epitelial, Carcinoma in Situ y malignas como Carcinoma Epidermoide.^{11, 12}

La Displasia Epitelial, es un desarrollo premaligno de un epitelio plano estratificado, en el cual ocurren múltiples alteraciones en las células y en los epitelios, hasta que los tejidos empiecen a malignizarse, la magnitud de la displasia epitelial se distingue en tres grados: leve, moderado y severo; en los cuales un grado leve es un desorden de las células en el tercio inferior, en la displasia moderada se observan cambios en las células abarcando los 2/3 del tejido epitelial, en un grado severo de la displasia observamos cambios más allá de los 2/3 del tejido, sin llegar al estrato córneo. Es importante resaltar, que el grado de una displasia epitelial se agravará con el tiempo, considerando también si el paciente es consumidor de tabaco y dónde esté localizada la lesión.^{11, 12}

El estadio más grave de la displasia epitelial, es considerado como Carcinoma in situ, el cual afecta la totalidad del espesor del epitelio, sin invadir la membrana basal. Cuando las células epiteliales displásicas rompen la membrana basal diseminándose al tejido conjuntivo, provocando una metástasis a los tejidos adyacentes, se convierte en un Carcinoma Epidermoide invasivo, neoplasia maligna, que representa la etapa final de la alteración del epitelio. El carcinoma Epidermoide, es la neoplasia maligna más frecuente de la cavidad oral, representan alrededor del 90% de los cánceres orales.^{11, 12}

Por tal motivo, la pregunta investigación es: ¿Cuáles son las características clínicas y patológicas de las leucoplasias diagnosticadas en el Laboratorio de Patología Oral de la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (1991- 2018)?

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar las características clínicas y patológicas de las leucoplasias diagnosticadas en el Laboratorio de Patología Bucomaxilofacial de la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (1991- 2018)

Objetivos Específicos:

1. Determinar la frecuencia de las Leucoplasias según diagnóstico clínico y edad.
2. Determinar la frecuencia de las Leucoplasias según diagnóstico clínico y sexo.
3. Determinar la frecuencia de las Leucoplasias según diagnóstico clínico y tamaño.

4. Determinar la relación de las Leucoplasias según diagnóstico clínico y diagnóstico histopatológico.
5. Determinar la frecuencia de las Leucoplasias según diagnóstico histopatológico y edad.
6. Determinar la frecuencia de las Leucoplasias según diagnóstico histopatológico y sexo.
7. Determinar la frecuencia de las Leucoplasias según diagnóstico histopatológico y localización.
8. Determinar la frecuencia de las Leucoplasias según diagnóstico histopatológico y tamaño de lesión.
9. Determinar la frecuencia de las Leucoplasias según diagnóstico histopatológico y servicio de procedencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio fue de tipo transversal, observacional, descriptivo y retrospectivo. Se realizó mediante la recopilación de fichas de solicitud de examen anatomopatológico correspondieron a casos admitidos en el Laboratorio de Patología Bucomaxilofacial de la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia entre los años 1991 al 2018 cuyos casos son referidos de instituciones públicas y privadas. Se seleccionaron las fichas epidemiológicas que tuvieron como diagnóstico Leucoplasia e Hiperqueratosis, la base contó con 205 pacientes, ésta última identidad será considerada debido a que dentro de los registros es considerada como diagnóstico presuntivo, por ello, se contrastará finalmente con el diagnóstico anatomopatológico final.

En cuanto a los criterios de inclusión, se consideraron los registros de las fichas de solicitudes anatomopatológicas nuevas y recurrentes completas las cuales corresponden cada una a lámina histológica, además de un informe completo con diagnóstico de Leucoplasia; y se excluyeron los registros que no contaron con la ficha de solicitud anatomopatológica llena, ni el informe completo.

En la base de datos se revisaron las siguientes variables: Edad, sexo, localización, número de lesiones, tamaño de la lesión, servicio de procedencia, diagnóstico clínico, diagnóstico histopatológico y tipo de queratinización. Las láminas fueron revisadas por la Dra. Sonia Sacsquispe, especialista en Medicina y Patología Oral quien confirmó la aceptación del caso y evaluó la severidad de la enfermedad.

El estudio se realizó tras recibir la aprobación del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH) con fecha 23 de febrero del 2019 con código SIDISI N° 103662

Se realizó un plan de análisis de tipo descriptivo con el fin de conocer frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas, las cuales fueron edad, sexo, localización, diagnóstico histopatológico, tipo de queratinización, diagnóstico clínico y lugar de procedencia; la media y desviación estándar fue de la variable cuantitativa tamaño de la lesión. Para ello, la información recolectada será transferida a una base de datos en el programa Microsoft Excel 2010 para poder llevarse a cabo el análisis estadístico en el programa SPSS v. 24.0

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 205 leucoplasias diagnosticadas, la muestra fue obtenida de los cuadernos de registro, fichas histopatológicas y base de datos virtual.

Se analizaron los casos de leucoplasias con las variables sexo, edad, localización, número de lesiones, así como también el diagnóstico clínico histopatológico, relacionado con las mismas variables.

La primera tabla describe la frecuencia de leucoplasias según edad y nos muestra los grupos de edades con más prevalencia de leucoplasias, 60 a 69 años es el

grupo con mayor prevalencia de leucoplasias (24%), seguido del grupo de edades de 70-79 años (23.50%). Dentro de la clasificación de leucoplasias homogéneas el grupo de edades 60-69 años sigue siendo el más frecuente (95.83%). La siguiente década (70-79 años) muestra una prevalencia mayor de eritroleucoplasias que pertenece al grupo de leucoplasias no homogéneas (n: 9) (Tabla 1 y Gráfico 1).

La prevalencia de leucoplasias según sexo, tuvo como predominio el sexo femenino con 130 casos (63.41%) de los cuales 111 fueron diagnosticados como leucoplasias homogéneas (85.38%) y 19 casos fueron diagnosticados como leucoplasias no homogéneas (14.62%) con predominio de eritroleucoplasias. (Tabla 2 y Gráfico 2).

En cuanto al tamaño de las lesiones, fueron divididas en dos grupos, el primer grupo fue el tamaño mínimo de lesiones, donde el tamaño mínimo de leucoplasias homogéneas fue de 0.20cm, el máximo de 11cm y el promedio de tamaño de éstas lesiones fue 1.85cm; por otro lado, el tamaño mínimo de las leucoplasias no homogéneas fue de 0.30, el tamaño máximo fue de 7cm y el promedio de éstas lesiones fue de 2.08cm. (Tabla 3).

En la tabla N°4 se puede apreciar la relación de leucoplasias según el diagnóstico clínico y el diagnóstico histopatológico, en el cual se observa que el 94.83% de leucoplasias homogéneas corresponden a hiperqueratosis; por otro lado, el grupo de displasias epiteliales muestra un número considerado de casos diagnosticados clínicamente como leucoplasias no homogéneas (88.57%). Un dato importante a considerar de ésta tabla es que se puede apreciar que las leucoplasias no homogéneas, como la eritroleucoplasias presenta un mayor número de diagnósticos histopatológicos más graves como Carcinomas invasivos. Los diagnósticos con mayor número de casos fueron las displasias epiteliales (47.95%) lo que es sorprendente ya que como se sabe, es un marcador, y es el límite entre las lesiones benignas y malignas (Tabla 4 y Gráfico 4).

En la tabla N°5, se vuelve a considerar la variable edad, pero relacionado con el diagnóstico histopatológico, la cual nos arroja que la prevalencia de Hiperqueratosis está conformada por el grupo de edades de 60-69 años, en el caso del grupo de Displasias epiteliales, la prevalencia es del grupo de edades 70-79

años de edad, El diagnóstico Carcinoma in situ, presenta prevalencia de edades en el grupo de 60-69 años; y el diagnóstico de Carcinoma invasivo agrupa en prevalencia a ambos grupos de edades (60-69 y 70-79). (Tabla 5 y Gráfico 5).

El predominio del sexo es del género Femenino (64.83%), En la mayoría de diagnósticos histopatológicos presenta relevancia el sexo femenino, excepto en el grupo de Carcinoma invasivo, en el cual se observa un ligero predominio mayor del sexo masculino (55.56%) (Tabla 6 y Gráfico 6).

En cuanto a la localización de las lesiones se observa que la Lengua (Zona lateral y ventral de lengua) tiene mayor predominio en localizaciones (n=84, 38.36%), el segundo lugar lo ocupa Encía y reborde alveolar (n=51, 23.29%) y el tercer lugar el Carrillo (n=35, 15.98%). (Tabla 7 y Gráfico 7).

El tamaño mínimo de las lesiones en el grupo de Hiperqueratosis fue de 0.70 y el tamaño máximo fue de 11cm, en el grupo de Displasias epiteliales el tamaño mínimo fue de 0.30cm y el tamaño máximo fue de 11cm. Carcinoma in situ, presenta un tamaño mínimo de 0.60cm y un tamaño máximo de 2cm. Por último, el Carcinoma invasivo presenta un tamaño mínimo de 0.50cm y un máximo de 7cm. (Tabla 8 y Gráfico 8).

La frecuencia según el lugar de procedencia se muestra en la Tabla 9, siendo de manera particular la forma en la que más casos se presentaron (n=85, 41.46%), seguido de la Clínica Dental Cayetano Heredia (n=73, 35.61%) y en tercer lugar el Hospital Nacional Cayetano Heredia (n=42, 20.49%). (Tabla 9 y Gráfico 9)

DISCUSIÓN

El presente estudio revisa casos de Leucoplasias y su relación con las variables sexo, edad, número de lesiones, diagnóstico histopatológico entre otras, para ello se accedió a la base de datos del Laboratorio de Patología Oral de la Clínica Dental Cayetano Heredia.

La prevalencia de leucoplasias en nuestro país es investigada ya que es denominada como una lesión potencialmente maligna. El presente estudio realizó

una investigación de 27 años (1991-2018) el cual presenta una muestra de 205 pacientes diagnosticados clínicamente con leucoplasias.

Se encontró un predominio del sexo femenino (63.41%), lo que coincide con un estudio realizado que describe que la Leucoplasia oral presenta una prevalencia del 1 al 4% en la población y que la incidencia anual es de 4.1/1000 en hombres y 0.7/1000 en mujeres.¹

En el estudio se encontró una prevalencia de leucoplasias orales en el rango de edades de 60-69 años (24%) y de 70-79 (23.5%). Franch C. (Santiago, Chile; 2017) realizó un estudio sobre la prevalencia de lesiones en la mucosa oral en un total de 1237 personas de población adulta, dividiéndola en dos grupos de edades 35-44 y 65-74 años, dentro de las lesiones potencialmente malignas, la prevalencia de leucoplasia oral fue la más frecuente, dio un porcentaje de 3.7% (n:19), en el grupo de edad de 35-44 años 5.7% (n:17), y en el grupo de edad 65-74 años 0.94%(n:2)¹³, Lo que nos demuestra una prevalencia de leucoplasias en un rango menor de edades, así como también Reichart (Alemania, 2000) el cual publicó una prevalencia de 1,6% en leucoplasias en el grupo de edades de 35-44 años, y 1% en el grupo de edades de 65-74 años.¹⁴

Un artículo de revisión del año 2011, describe que los riesgos de transformación maligna de la leucoplasia oral varían de 0.13 a 17.5%. Así como también que los sitios como lengua y piso de boca mostraron alto riesgo de transformación maligna. En el artículo mencionan que la leucoplasia oral tiene mayor prevalencia en las poblaciones de 40-60 años. Sin embargo, en otras investigaciones realizadas a poblaciones indígenas que presentan hábito de masticar tabaco, el rango de edades oscila entre los 30-50 años.¹⁵

Según nuestro estudio se realizó la división de la leucoplasia en 2 tipos siendo estas homogénea y no homogéneas. Teniendo una diferencia de tamaños entre la homogénea como mínimo 0.20cm y como un máximo de 11.00cm; las lesiones no homogéneas dio tamaños de 0.30 cm como mínimo y 7.00 cm como máximo. Otros estudios como en el de Axell y col. mencionan a la leucoplasia como una lesión de tamaño mínimo de 0.5cm¹⁶. Según Escribano BM clasificó a las leucoplasias según su tamaño relacionándolo con la presencia de displasia

epitelial, clasificándolas como leucoplasias menores a 2cm, leucoplasia de 2cm a 4cm, leucoplasias iguales a 4cm o más y leucoplasias con tamaño no especificado¹⁷. En el estudio de Toledo y col. en dos terceras partes de los 114 pacientes revisados, se llegaron a encontrar lesiones menores a 1cm. En 24 de sus pacientes se hallaron lesiones iguales o mayores a 3 cm.¹⁸

En cuanto a localización nuestro estudio refleja un total de 84 (38.36%) de lesiones localizadas en la lengua, siendo la más afectada la zona lateral de la lengua. Se haya además 7 (3.20%) de lesiones en los labios, 28 (12.79%) lesiones en el piso de boca. 51 (23.29%) de lesiones en la encía y en el reborde alveolar, 2(0.91%) lesiones en el paladar duro, 4 (1.83%) lesione en el paladar blando, 35(15.98%) ubicadas en el carrillo y un total de 8(3.65%) lesiones no especificadas. Según el estudio de Axell y col. se encontró que la leucoplasia se presentaba con mayor frecuencia en la mucosa alveolar (76%), Surco alveolar (19%) y la lengua (5%). Por el contrario, Schepman en su estudio localizo la mayor frecuencia en la mucosa vestibular de entre un total de 166 pacientes. Martorell y col. encontró que la mayor cantidad de lesiones se encontraban en el piso de boca y en las regiones ventrales-laterales de la lengua. Liu y col. en un estudio de 218 pacientes que la lengua fue la más afectada en un 51.4% de los casos y un 32.6% en la mucosa bucal.

Brouns y col. encontró lesiones localizadas con mayor frecuencia en lengua, labio inferior, paladar duro, mucosa bucal, alveolo y gingiva superior¹⁹. Bermejo y col. menciona que las lesiones de leucoplasia acontecen que los sitios más frecuentes más en el piso de boca o en la cara ventral de la lengua. Toledo y col. Resaltaba fueron los carrillos y los labios debido a que son los lugares más afectados de la cavidad oral por el cigarro, y por la facilidad de la detección de las lesiones en estas zonas comparadas a otros sitios específicos. Srivastaba y col. realizó un estudio de 87 pacientes en donde encontró que la lesión afectaba la mucosa bucal en 60(68.9%) de pacientes, mucosa mandibular en 3 (43.6%) de pacientes, mucosa maxilar en 19 (21.8%) de pacientes, en el triángulo retromolar en 9(10.3%) de pacientes, en el piso de boca en 5(5.7%) de pacientes, en el paladar solo 1 (1.1%) paciente, en el labio se encontró 13(14.9%) de pacientes y finalmente se registraron 58(66.6%) de lesiones bilaterales.²⁰

Otros estudios como el de Diaz y col. identificaron la frecuencia de los carcinomas epidermoides en 42 pacientes presentaron una mayor frecuencia de localización en la lengua, luego se vio como segundo más afectado a la lengua, y como tercer lugar más afecto se encontró al paladar duro²¹. En el estudio de Estrada y col. se analizaron 15 pacientes los cuales fueron diagnosticados con carcinoma in situ. De estos pacientes, en cuanto a localización, la zona más afectada fue la lengua con 6 (24%) pacientes. El segundo mayor afectado fue el piso de boca con 3(12%) pacientes. El labio inferior, aunque solo con 2(8%), fue el siguiente en ser el más afectado. Y como las zonas menos afectadas se según su estudio que fue el paladar blando, paladar duro, reborde alveolar y la mucosa del carrillo alcanzando solo a tener 1(4%) paciente afectado por cada localización.²²

Según el número de lesiones presente por paciente en nuestro estudio solo se vio que por paciente como máximo se llegó a tener 2 lesiones. Con una sola lesión se obtuvo 193(88.13%) de pacientes y con dos lesiones 26(11.87%). Según el estudio de Toledo y col. evidencio obtuvo en sus resultados a 26 pacientes con lesiones únicas; mientras que solo pacientes con lesiones múltiples; Además, en su estudio resulto que la hiperqueratosis resulto el tipo de queratinización más frecuente con un 69.2% de sus pacientes, seguido de la ortoqueratosis con un 23.6% de sus pacientes y finalmente la de menos frecuencia fue la paraqueratosis con solo un 7% de sus pacientes, de la misma manera los resultados de su estudio en cuanto a la displasia reflejo que 73(64%) de sus pacientes no reflejaron signos de displasia; mientras que en 41(35.9%) de los pacientes que evaluó si se presentó signos de displasia, de estos pacientes se vio que 21(18.4%) tuvieron displasia leve, 17 (14.9%) displasia moderada, y solo 3(2.6%) de ellos moderada.¹⁸

Después de revisar la literatura de distintos autores, Warnakulasuriya 2001, quien realizó una clasificación basándose en la cantidad, localización e intensidad de las alteraciones del epitelio de la mucosa oral se pudo concluir que displasia epitelial leve es cuando todas las alteraciones se dan en el tercio basal del epitelio, displasia moderada cuando los cambios displásicos afectan los dos tercios inferiores del epitelio y displasia severa cuando los dos tercios del espesor del epitelio hayan sido afectados pero no en su totalidad. No es considerada una displasia severa cuando el epitelio está afectado en su totalidad sino Carcinoma In

situ o carcinoma intraepitelial, es decir que no ha roto la membrana basal y no posee una capacidad invasiva.

Se convierte en un Carcinoma Epidermoide o invasivo cuando se encuentra en la etapa final de la alteración del epitelio, siendo la más frecuente de los cánceres orales representado por el 90% de casos.

Con respecto al diagnóstico histopatológico observamos que la mayor prevalencia de leucoplasias homogéneas diagnosticadas histopatológicamente fue de Hiperqueratosis (94.83%) y de leucoplasias no homogéneas el diagnóstico histopatológico más prevalente fue de Displasia epitelial severa.

Un estudio evidenció que no existe asociación entre el diagnóstico de cáncer oral y la presencia de leucoplasia oral, la muestra estuvo conformada por pacientes atendidos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión y el Hospital ESSALUD Alberto Sabogal del Callao durante los años 2004-2014, se analizaron 10,006 casos, de los cuales en ambos hospitales se encontró 4 casos de pacientes con cáncer oral y leucoplasias orales (0.04%), 39 pacientes (controles) con cáncer oral sin leucoplasias. Un dato importante a mencionar en este estudio es un hallazgo importante en las historias clínicas revisadas, 354 (3.54%) pacientes con cáncer oral sin presentar leucoplasias orales.

En los años 1999 Zavala realizó un estudio con un total de 965 historias clínicas del INEN con diagnósticos de neoplasias malignas de cavidad oral, como resultado obtuvo que la neoplasia maligna fue el carcinoma Epidermoide con 77.4% Siendo la década 7ma de sexo femenino (52.8%) la más afectada; con ubicación más frecuente la lengua²³. El año siguiente La Rosa (2000) hizo un estudio similar en ese instituto (INEN) con una muestra conformada de 886 historias clínicas, de los cuales el 96.5% correspondió a Carcinoma Epidermoide de cavidad oral y orofaringe, siendo la 7ma la década más afectada con 26.3%, con ubicación más frecuente la lengua 36.²⁴

Ávalos en el año 2003 tuvo una muestra conformada por 826 historias clínicas, y observó de la muestra de neoplasias malignas que la localización más frecuente en el género masculino fue en el reborde alveolar (30.9%) y en el sexo femenino fue

la lengua con 33.1.²⁵ Urresti en el mismo año realizó un estudio sobre los pacientes atendidos en el INEN, con un total de 451 historias clínicas obtuvo que el género femenino ocupaba el 54% de cáncer oral, con localizaciones de lengua y reborde alveolar, siendo el diagnóstico más frecuente el carcinoma Epidermoide con 77%²⁶. Un estudio realizado en el año 2004 a cargo de Sacsquispe S. y Asurza J. sobre epidemiología de cáncer oral con muestra de pacientes atendidos en el INEN de los años 1990 al 1999. La muestra estuvo conformada por 877 casos de neoplasias malignas, siendo nuevamente carcinoma de células escamosas el más frecuente con 66.5% y la edad más frecuente del carcinoma Epidermoide fue en mayores de 40 años. La lengua fue la ubicación más frecuente (41.3%).²⁷

Después de revisar la literatura de distintos autores, Warnakulasuriya 2001, quien realizó una clasificación basándose en la cantidad, localización e intensidad de las alteraciones del epitelio de la mucosa oral se pudo concluir que displasia epitelial leve es cuando todas las alteraciones se dan en el tercio basal del epitelio, displasia moderada cuando los cambios displásicos afectan los dos tercios inferiores del epitelio y displasia severa cuando los dos tercios del espesor del epitelio hayan sido afectados pero no en su totalidad. No es considerada una displasia severa cuando el epitelio está afectado en su totalidad sino Carcinoma In situ o carcinoma intraepitelial, es decir que no ha roto la membrana basal y no posee una capacidad invasiva.²⁸

Se convierte en un Carcinoma Epidermoide o invasivo cuando se encuentra en la etapa final de la alteración del epitelio, siendo la más frecuente de los cánceres orales representado por el 90% de casos.

En nuestro estudio se encontró que 219 casos de los cuales 76 (34.70%) fueron hiperqueratosis, 105(47.95%) fueron displasia epitelial leve a severa, carcinoma in situ 11 (5.02%) y carcinoma Epidermoide 27(12.36%). En estudios realizados por Waldron y Shafer (1975) se observó que el 12,2% de las muestras fueron displasia epitelial de leve a moderada, y se encontró carcinoma in situ en el 4,5% y carcinoma Epidermoide en el 3,1%. Es importante resaltar que no existe una asociación entre el aspecto clínico y los hallazgos histopatológicos como lo

demuestran los trabajos realizados por Waldron y Shafer en el que el análisis de 3.256 leucoplasias orales mostró como algunas lesiones de aspecto benigno correspondían a carcinoma Epidermoide y otras leucoplasias como un aspecto clínico de carcinoma sólo mostraban grados de hiperqueratosis²⁹.

En este estudio se observó que a pesar que las leucoplasias homogéneas son más frecuentes con el 192 (87.67%) que las no homogéneas 27(13.33%) como en un estudio realizado por Brouns y col (2013) donde encontró que el 52,7% de los casos tenía Leucoplasia homogénea y el 47,27% tenía Leucoplasia no homogénea; las displasias epiteliales se diagnostican con mayor frecuencia y coincide con lo reportado por la mayoría de autores³⁰⁻³⁸. Además que es más frecuente en las leucoplasias no homogéneas que en las leucoplasias homogéneas tal como lo comprueban algunos reportes de Shafer and Waldron 1961, Pindborg y col 1977, Silverman 1984, Lee et al 200, Cowan y col 2001³⁹⁻⁴³

En otros estudios similares se observó 389 casos de los cuales 147 (36.8%) fueron hiperqueratosis, 42(10.5%) displasia epitelial leve, 27(6.8%) displasia epitelial moderada, 4 (1%) displasia epitelial severa y 176 (44,1%) casos correspondieron a carcinoma Epidermoide⁴⁴; y estudios donde se encontraron 303 casos pre malignos y 714 lesiones malignas siendo carcinoma Epidermoide con 85.1 % el más frecuente que las displasias epiteliales con 8.6% del total⁴⁵. Ambos estudios no coinciden con los resultados de nuestro trabajo en el cual el diagnóstico más frecuente fue displasia epitelial 105 (47.95%), seguido por hiperqueratosis 75(34.70%); carcinoma epidermoide 27(12.33%) y el menos frecuente carcinoma in situ 11 (5.02%).

Una gran cantidad y variedad de diagnósticos iniciales encontrados en nuestro estudio como displasias epiteliales y carcinomas provienen de distintos odontólogos tratantes que laboran de forma particular, sin embargo esto no es una limitante para nuestro estudio sino que ayuda a tomar conciencia que se deben mejorar los conocimientos en el área de patología oral y siempre derivar a los

especialistas cuando no se tenga en claro el diagnóstico inicial. Es importante recalcar que un adecuado diagnóstico da como resultado un plan de tratamiento óptimo.

CONCLUSIONES

En este estudio se evaluaron 205 casos diagnosticados clínicamente con leucoplasias orales y se obtuvieron las siguientes conclusiones:

1. La frecuencia de las leucoplasias según diagnóstico clínico y edad predominó la leucoplasia homogénea en la 6ta y 7ma década de vida
2. La frecuencia de las leucoplasias según diagnóstico clínico y sexo predominó la leucoplasia homogénea con el sexo femenino
3. La frecuencia de las leucoplasias según diagnóstico clínico y tamaño predominó la leucoplasia homogénea con un tamaño mínimo de 0.2 cm y máximo de 11cm
4. La frecuencia de las leucoplasias según diagnóstico clínico y diagnóstico histopatológico predominó la leucoplasia homogénea con hiperqueratosis.
5. La frecuencia de leucoplasias según diagnóstico histopatológico y edad predominó la 7ma década con displasia epitelial (47.92%)
6. La frecuencia de leucoplasias según diagnóstico histopatológico y sexo predominó la hiperqueratosis siendo el más afectado el sexo femenino (64.38%)
7. La frecuencia de las leucoplasias según diagnóstico histopatológico y localización ; el más afectado fue en la zona lateral de la lengua(34.25%) con displasia epitelial leve(22.67%)
8. La frecuencia de las leucoplasias según diagnóstico histopatológico y tamaño predominó la hiperqueratosis con tamaño min de 0.2 cm y como máximo 11 cm

9. La frecuencia de las leucoplasias según diagnóstico histopatológico y procedencia predominó la hiperqueratosis como diagnóstico del servicio particular

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Escribano-Bermejo M, Bascones-Martínez A. Leucoplasia oral: Conceptos actuales. *Av. Odontoestomatol* 2009; 25 (2): 83-97.
2. Van der Waal I, Axell T. Oral leukoplakia: a proposal for uniform reporting. *Oral Oncol* 2002; 38: 521-6.
3. García-Pola Vallejo M, García Martín J, Seoane Leston J. Enfoque del diagnóstico y tratamiento de la Leucoplasia Oral. España: Artículos Originales *Otorrinolaringología*. 2015; 1: 1-8.
4. Carrard VC, van der Waal I. Un diagnóstico clínico de leucoplasia oral; Una guía para dentistas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*.2018; 1: 59-64.
5. Grundmann E. Classification and clinical consequences of precancerous lesions in the digestive and respiratory tracts. *Acta Pathol Jpn* 1983; 33:195-217.
6. Waldrom CA, Shafer WG. Leukoplakia revisited. A clinicopathologic study 3256 oral leukoplakia. *Cancer*. 1975; 36:1386-92.
7. Bagán JV, Peydró A, Vera-Sempere F. Leucoplasia bucal. Estudio clínico de 33 pacientes. *Rev Esp Estomatol* 1985; 33:195-204.
8. Parlatescu I, Gheorghe C, Coculescu E, Tovar S. Oral leukoplakia - an update. *Maedica* 2014; 9(1): 88-93.
9. Aguirre-Urizar, J et al. Leucoplasia Oral como enfermedad premaligna: diagnóstico, pronóstico y tratamiento. *Soc Esp Cir Bucal*: 2017; 31-32.
10. Shanbhag, Vagish Kumar L. New definition proposed for oral leukoplakia. *Dental Research Journal* .2017;14(4): 297-8.

11. Kayalvizhi EB, Lakshman VL, Sitra G, Yoga S, Kanmani R, Manimegalai. Oral leukoplakia: A review and its update. *J Med Radiol Pathol Surg*. 2016; 2(2): 18-22.
12. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. *Patología Oral y maxilofacial contemporánea*. Madrid: Elsevier Mosby; 2010.
13. Franch C. “Prevalencia de lesiones de mucosa oral en adultos de 35 - 44 y 65 - 74 años en Chile. [Trabajo de investigación requisito para optar al título de Cirujano-Dentista]. Chile: Universidad de Chile; 2017.” Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/144071/Prevalencia-delesiones-de-mucosa-oral-en-adultos-de-35-44-y-65-74-a%C3%B1os-enChile.pdf?sequence=1>
14. Reichart PA. Oral mucosal lesions in a representative cross-sectional study of aging Germans. *Community Dent Oral Epidemiol* 28:390–398
15. Amagasa T, Yamashiro M, Uzawa N. Oral premalignant lesions: from a clinical perspective. *Int. J Clin Oncol* 2011; 16(1):5-14.
16. Kayalvizhi EB, Lakshman VL, Sitra G, Yoga S, Kanmani R, Manimegalai. Oral leukoplakia: A review and its update. *J Med Radiol Pathol Surg* 2016;2:18-22.
17. Bermejo M, Bascones A. Leucoplasia oral: Conceptos actuales. *Avances/Odontoestomatol*. 2009; 25(2):83-97
18. Toledo et al. Caracterización clínico e histopatológica de la leucoplasia oral. *Rev Arch Med Camaguey*.2018; 22(4):432-451
19. Srivastava M, Singh V, Roshan R, Taufiq F. Premalignant lesions of oral cavity – A clinicopathology study.2018;1(3):1-3.
20. Van der Walls I. Oral leucoplakia, the ongoing discussion on definition and terminology. *Med Oral Pat Oral Cir Bucal*.2015; 20(6): 85-92.
21. Diaz D, Sanchez MP, Aparicio GG. Frecuencia de carcinoma epidermoide en cavidad bucal en el Hospital Central Militar de 1987 a 1997. *Rev. Sanid Milit Mex*. 2001; 55(5):186-189.
22. Estrada GA, Marquez M, Gonzales E, Ramon R, Dominguez R. Diagnóstico clínico e histopatológico del carcinoma in situ en la mucosa bucal. *MEDISAN*. 2015; 19(4):462-467

23. Zavala, D. Frecuencia y distribución del carcinoma epidermoide oral en el INEN (1990-1998).- Lima [Tesis de Bachiller]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 1999.
24. La Rosa, C. Estudio epidemiológico de los tumores malignos de origen epitelial en mucosa oral y orofaringe en el INEN (1985- 1998). Lima [Tesis de Bachiller]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2000.
25. Avalos, H. Frecuencias de neoplasias malignas de la cavidad oral según su tipo y la ocupación en sujetos evaluados en el INEN (1990- 1999). Lima [Tesis de Bachiller]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003.

26. Urresti J. Frecuencia y distribución del cáncer oral en sujetos adultos mayores evaluados en el instituto de enfermedades neoplásicas (1990-1999). [Tesis de Bachiller]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003
27. Sacsquispe, S.; Asurza, J. Estudio comparativo del carcinoma epidermoide de la cavidad oral durante los periodos 1980-1999 y 1990-1999 en el INEN. Actual Odontol y Salud. 2004; 1(2).
28. Warnakulasuriya S. Histological grading of oral epithelial dysplasia: revisited. J Pathol. 2001 Jul; 194(3):294-7.
29. Waldron CA, Shafer WG. Leucoplasia revisada. Un estudio clínico-patológico de 3256 leucoplasias orales 1975; 36: 1386-92.
30. Brouns ER, Baart JA, Bloemena E, Karagozoglu H, van der Waal I, The relevance of uniform reporting in oral leukoplakia: Definition, certainty factor and staging based on experience with 275 patients. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2013; 18: e19-26.
31. Axéll T, Pindborg JJ, Smith CJ, Van Der Waal I, and an Internacional Collaborative Group on Oral White Lesions. Oral white lesions with special reference to precancerous and tobacco-related lesions: conclusions of an international symposium held in Upsala. J Oral Pathol Med 1996; 25: 49-54.
32. Pindborg JJ, Reichart PA, Amith CJ. WHO: Histological typing of cancer and precancer of the oral mucosa, 2nd Ed. New York: Springer; 1997. p.87.

33. Santana, JC. Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. 1ra ed. La Habana: Ed Cien Med; 2002. p. 47-9.
34. Bouquot JE, Whitaker SB. Oral Leukoplakia-rationale for diagnosis and prognosis of its clinical subtypes or “phases”. *Quintessence Int* 1994; 25: 133-40.
35. Bánóczy J, Csiba A. Occurrence of epithelial dysplasia in oral leukoplakia. Analysis and follow-up study on 120 cases. *Oral Surg* 1976; 42: 766-9.
36. Rodrigues TL, Costa LJ, Sampaio MC, Costa A. Leucoplasias bucais: relación clínico-histopatológica. *Pesqui Odontol Bras* 2000; 14: 357-61.
37. Pindborg JJ, Reibel M, Altini M. Subjectivity in evaluating oral epithelial dysplasia, carcinoma in situ and initial carcinoma. *J Oral Pathol* 1985; 14: 698-708.
38. Katz HC, Shear M, Altini M. A critical evaluation of epithelial dysplasia in oral mucosal lesions using the Smith-Pindborg method of standardization. *J Oral Pathol* 1985; 14: 476.
39. Shafer WG, Waldron CA (1961). A clinical and histopathologic study of oral leukoplakia. *Surg Gynecol Obstet* 112:411-420.
40. Pindborg JJ, Daftary DK, Mehta FS (1977). A follow-up study of sixty-one oral dysplastic precancerous lesions in Indian villagers. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 43:383- 390.
41. Silverman S Jr, Gorsky M, Lozada F (1984). Oral leukoplakia and malignant transformation. A follow-up study of 257 patients. *Cancer* 53:563-568.
42. Lee JJ, Hong WK, Hittelman WN, Mao L, Lotan R, Shin DM, et al. (2000). Predicting cancer development in oral leukoplakia: ten years of translational research. *Clin Cancer Res* 6:1702-1710
43. Cowan CG, Gregg TA, Napier SS, McKenna SM, Kee F (2001). Potentially malignant oral lesions in Northern Ireland: a 20-year population-based perspective of malignant transformation. *Oral Dis* 7:18-24
44. Martínez C, Hernández M, Martínez B, Adorno D. Frecuencia de displasia epitelial y carcinoma escamoso en mucosa oral y orofaríngea en Chile, entre los años 1990 y 2009. *Rev Med Chile* 2016; 144: 169-174

45. Idris A et al. Relative Frequency of Oral Malignancies and Oral Precancer in the Biopsy Service of Jazan Province, 2009-2014. Asian Pac J Cancer Prev. 2016;17(2):519-25.

TABLAS

Tabla N°1. Frecuencia de Leucoplasias según diagnóstico clínico y edad.

EDAD	Leucoplasia Homogénea		Leucoplasia No Homogénea				Total			
			Eritroleucoplasia		Leucoplasia verrucosa proliferativa		n	%		
	n	%	n	%	n	%				
20 a 29	10	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	10	5.00
30 a 39	10	83.33	2	16.67	0	0.00	2	16.67	12	6.00
40 a 49	24	88.89	2	7.41	1	3.70	3	11.11	27	13.50
50 a 59	36	90.00	4	10.00	0	0.00	4	10.00	40	20.00
60 a 69	46	95.83	0	0.00	2	4.17	2	4.17	48	24.00
70 a 79	38	80.85	8	17.02	1	2.13	9	19.15	47	23.50
80 a 89	9	69.23	4	30.77	0	0.00	4	30.77	13	6.50
90 a 96	3	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	1.50
No especifica	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	176	88.00	20	10.00	4	2.00	24	12.00	200	100.00

Categorías completas: Prueba de Chi-cuadrado (p=0.16).

Categorías colapsadas: Prueba de Chi-cuadrado (p=0.12).

Tabla N°2. Frecuencia de Leucoplasias según diagnostico y sexo.

SEXO	Leucoplasia homogénea		Leucoplasia No Homogénea				Total			
			Eritroleucoplasia		Leucoplasia verrucosa proliferativa		n	%		
	n	%	n	%	n	%				
Masculino	68	90.67	6	8.00	1	1.33	7	9.33	75	36.59
Femenino	111	85.38	15	11.54	4	3.08	19	14.62	130	63.41
Total	179	87.32	21	10.24	5	2.44	26	12.68	205	100.00

Categorías completas: Prueba de Chi-cuadrado (p=0.52).

Categorías colapsadas: Prueba de Chi-cuadrado (p=0.27).

Tabla N°3. Frecuencia de las Leucoplasias según diagnóstico clínico y tamaño.

DX. CLÍNICO	TAMAÑO				
	n	X	DE	Min	Max
Leucoplasia homogénea	190	1.85	2.16	0.20	11.00
Leucoplasia no homogénea					
Eritroleucoplasia	22	2.17	1.59	0.30	7.00
Leucoplasia verrucosa proliferativa	5	2.00	1.72	0.50	4.50

Prueba de Kruskal Wallis (p=0.12).

Tabla N°4. Relación de las Leucoplasias según diagnóstico clínico y diagnóstico histopatológico.

DX HISTOPATOLÓGICO	Leucoplasia homogénea		Leucoplasia No Homogénea				Total			
			Eritroleucoplasia		Leucoplasia verrucosa proliferativa		n	%		
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hiperqueratosis										
Hiperqueratosis	55	94.83	1	1.72	2	3.45	3	5.17	58	26.48
Hiperparaqueratosis	10	66.67	4	26.67	1	6.67	5	33.33	15	6.85
Hiperortoparaqueratosis	3	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	1.37
Total	68	89.47	5	6.58	3	3.95	8	10.53	76	34.70
Displasias epiteliales										
Displasia epitelial leve	47	90.38	5	9.62	0	0.00	5	9.62	52	23.74
Displasia epitelial moderada	30	83.33	4	11.11	2	5.56	6	16.67	36	16.44
Displasia epitelial severa	16	94.12	1	5.88	0	0.00	1	5.88	17	7.76
Total	93	88.57	10	9.52	2	1.90	12	11.43	105	47.95
Carcinoma in situ	10	90.91	1	9.09	0	0.00	1	9.09	11	5.02
Carcinoma invasivo	21	77.78	6	22.22	0	0.00	6	22.22	27	12.33
Total	192	87.67	22	10.05	5	2.28	27	12.33	219	100.00

Categorías completas: Prueba de Chi-cuadrado (p=0.12).

Categorías colapsadas: Prueba de Chi-cuadrado (p=0.06).

Tabla N°5. Frecuencia de Leucoplasias según diagnostico histopatológico y edad

EDAD	Hiperqueratosis						Displasia epitelial						Carcinoma in situ		Carcinoma invasivo		Total					
	Hiperqueratosis		Hiperparaqueratosis		Hiperortoparaqueratosis		n	%	Displasia epitelial leve		Displasia epitelial moderada		Displasia epitelial severa		n	%	n	%	n	%		
	n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%							n	%
20 a 29	2	20.00	1	10.00	0	0.00	3	30.00	3	30.00	3	30.00	1	10.00	7	70.00	0	0.00	0	0.00	10	5.00
30 a 39	7	58.33	2	16.67	1	8.33	10	83.33	0	0.00	1	8.33	0	0.00	1	8.33	0	0.00	1	8.33	12	6.00
40 a 49	9	33.33	3	11.11	1	3.70	13	48.15	5	18.52	1	3.70	2	7.41	8	29.63	2	7.41	4	14.81	27	13.50
50 a 59	9	22.50	4	10.00	0	0.00	13	32.50	12	30.00	6	15.00	4	10.00	22	55.00	1	2.50	4	10.00	40	20.00
60 a 69	14	29.17	1	2.08	1	2.08	16	33.33	13	27.08	8	16.67	2	4.17	23	47.92	3	6.25	6	12.50	48	24.00
70 a 79	11	23.40	3	6.38	0	0.00	14	29.79	9	19.15	10	21.28	6	12.77	25	53.19	2	4.26	6	12.77	47	23.50
80 a 89	0	0.00	1	7.69	0	0.00	1	7.69	3	23.08	5	38.46	1	7.69	9	69.23	0	0.00	3	23.08	13	6.50
90 a 96	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	33.33	0	0.00	0	0.00	1	33.33	1	33.33	1	33.33	3	1.50
No especifica	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	52	74.29	15	21.43	3	4.29	70	35.00	46	47.92	34	35.42	16	16.67	96	48.00	9	4.50	25	12.50	200	100.00

Categorías completas: Prueba de Chicuadrado (p=0.40).

Categorías colapsadas: Prueba de Chi-cuadrado corregido por Yates (p<0.01).

Tabla N°6. Frecuencia de las Leucoplasias según diagnóstico histopatológico y sexo.

DX HISTOPATOLÓGICO	SEXO				Total	
	Masculino		Femenino		n	%
	n	%	n	%		
Hiperqueratosis						
Hiperqueratosis	24	41.38	34	58.62	58	76.32
Hiperparaqueratosis	5	33.33	10	66.67	15	19.74
Hiperortoparaqueratosis	2	66.67	1	33.33	3	3.95
Total	31	40.79	45	59.21	76	34.70
Displasias epiteliales						
Displasia epitelial leve	17	32.69	35	67.31	52	49.52
Displasia epitelial moderada	8	22.22	28	77.78	36	34.29
Displasia epitelial severa	6	35.29	11	64.71	17	16.19
Total	31	29.52	74	70.48	105	47.95
Carcinoma in situ	1	9.09	10	90.91	11	5.02
Carcinoma invasivo	15	55.56	12	44.44	27	12.33
Total	78	35.62	141	64.38	219	100.00

Categorías completas: Prueba de Chi-cuadrado (p=0.15).

Categorías colapsadas: Prueba de Chi-cuadrado corregido por Yates (p=0.65).

Tabla N°7. Frecuencia de las Leucoplasias según diagnóstico histopatológico y localización.

LOCALIZACIÓN	Hiperqueratosis						Displasia epitelial						Carcinoma in situ		Carcinoma invasivo		Total						
	Hiperqueratosis		Hiperparaqueratosis		Hiperortoparaqueratosis		n	%	Displasia epitelial leve		Displasia epitelial moderada		Displasia epitelial severa		n	%	n	%	n	%	n	%	
	n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%									
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Lengua																							
Zona lateral de lengua	13	17.33	8	10.67	0	0.00	21	28.00	17	22.67	10	13.33	14	18.67	41	54.67	5	6.67	8	10.67	75	34.25	
Zona ventral de lengua	2	28.57	0	0.00	0	0.00	2	28.57	2	28.57	2	28.57	0	0.00	4	57.14	0	0.00	1	14.29	7	3.20	
Borde y zona ventral de lengua	1	100.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.46	
Carrillo y borde de lengua	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	1	0.46	
Total	16	66.67	8	33.33	0	0.00	24	28.57	19	41.30	13	28.26	14	30.43	46	54.76	5	5.95	9	10.71	84	38.36	
Labio	1	100.00	0	0.00	0	0.00	1	14.29	6	100.00	0	0.00	0	0.00	6	85.71	0	0.00	0	0.00	7	3.20	
Piso de boca																							
Piso de boca	5	18.52	1	3.70	0	0.00	6	22.22	4	14.81	11	40.74	0	0.00	15	55.56	1	3.70	5	18.52	27	12.33	
Zona retromolar y piso de boca	1	100.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.46	
Total	6	85.71	1	14.29	0	0.00	7	25.00	4	26.67	11	73.33	0	0.00	15	53.57	1	3.57	5	17.86	28	12.79	
Encía, reborde alveolar																						0.00	
Encía, reborde alveolar	14	34.15	1	2.44	1	2.44	16	39.02	9	21.95	7	17.07	2	4.88	18	43.90	2	4.88	5	12.20	41	18.72	
Zona retromolar	3	30.00	1	10.00	1	10.00	5	50.00	2	20.00	0	0.00	0	0.00	2	20.00	2	20.00	1	10.00	10	4.57	
Total	17	80.95	2	9.52	2	9.52	21	41.18	11	55.00	7	35.00	2	10.00	20	39.22	4	7.84	6	11.76	51	23.29	
Paladar duro	2	100.00	0	0.00	0	0.00	2	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	0.91	
Paladar blando	2	100.00	0	0.00	0	0.00	2	50.00	1	50.00	1	50.00	0	0.00	2	50.00	0	0.00	0	0.00	4	1.83	
Carrillo																							
Carrillo	10	31.25	4	12.50	0	0.00	14	43.75	8	25.00	3	9.38	1	3.13	12	3.13	1	3.13	5	15.63	32	14.61	
Fondo de surco	0	0.00	0	0.00	1	33.33	1	33.33	1	33.33	1	33.33	0	0.00	2	0.00	0	0.00	0	0.00	3	1.37	
Total	10	66.67	4	26.67	1	6.67	15	42.86	9	64.29	4	28.57	1	7.14	14	40.00	1	2.86	5	14.29	35	15.98	
No especifica	4	100.00	0	0.00	0	0.00	4	50.00	2	100.00	0	0.00	0	0.00	2	25.00	0	0.00	2	25.00	8	3.65	
Total	58	76.32	15	19.74	3	3.95	76	34.70	52	49.52	36	34.29	17	16.19	105	47.95	11	5.02	27	12.33	219	100.00	

Categorías completas: Prueba de Chi-cuadrado corregido por Yates (p=0.05).
 Categorías colapsadas: Prueba de Chi-cuadrado (p=0.15).

Tabla N°8. Frecuencia de las Leucoplasias según diagnóstico histopatológico y tamaño

DX HISTOPATOLÓGICO		TAMAÑO				
		n	X	DE	Min	Max
Hiperqueratosis	Hiperqueratosis	58	1.87	2.50	0.20	11.00
	Hiperparaqueratosis	15	1.35	1.14	0.20	4.00
	Hiperortoparaqueratosis	3	2.20	1.67	0.70	4.00
Displasias epiteliales	Displasia epitelial leve	52	1.82	1.78	0.30	11.00
	Displasia epitelial moderada	36	2.27	2.44	0.50	11.00
	Displasia epitelial severa	17	2.36	2.75	0.50	11.00
Carcinoma in situ		11	1.14	0.47	0.60	2.00
Carcinoma invasivo		27	1.79	1.56	0.50	7.00

Prueba de Kruskal Wallis (p=0.30).

Tabla N°9. Frecuencia de las Leucoplasias según diagnóstico histopatológico y procedencia.

PROCEDENCIA	Hiperqueratosis						Displasia epitelial						Carcinoma in situ		Carcinoma invasivo		Total					
	Hiperqueratosis		Hiperparaqueratosis		Hiperortoparaqueratosis		Displasia epitelial leve		Displasia epitelial moderada		Displasia epitelial severa		n	%	n	%	n	%				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%										
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Clínica Dental Docente	13	17.81	1	1.37	1	1.37	15	20.55	19	26.03	16	21.92	5	6.85	40	54.79	6	8.22	12	16.44	73	35.61
Hospital Nacional Cayetano Heredia	7	16.67	6	14.29	0	0.00	13	30.95	10	23.81	11	26.19	3	7.14	24	57.14	2	4.76	3	7.14	42	20.49
Particular	31	36.47	8	9.41	2	2.35	41	48.24	19	22.35	6	7.06	8	9.41	33	38.82	1	1.18	10	11.76	85	41.46
Otros hospitales	2	50.00	0	0.00	0	0.00	2	50.00	0	0.00	1	25.00	0	0.00	1	25.00	0	0.00	1	25.00	4	1.95
No especifica	1	100.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.49
Total	54	75.00	15	20.83	3	4.17	72	35.12	48	48.98	34	34.69	16	16.33	98	47.80	9	4.39	26	12.68	205	100.00

Categorías completas: Prueba de Chi cuadrado (p=0.14).

Categorías colapsadas: Prueba de Chi-cuadrado (p=0.34).

GRAFICOS

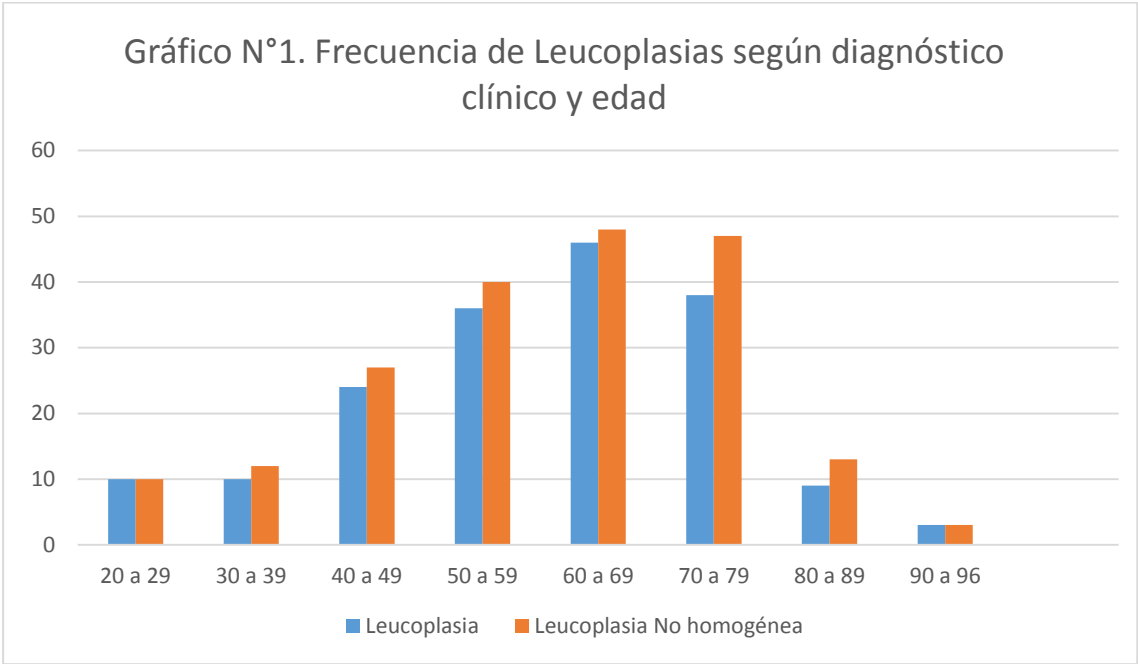


Gráfico N°2. Frecuencia de Leucoplasias según diagnóstico y sexo

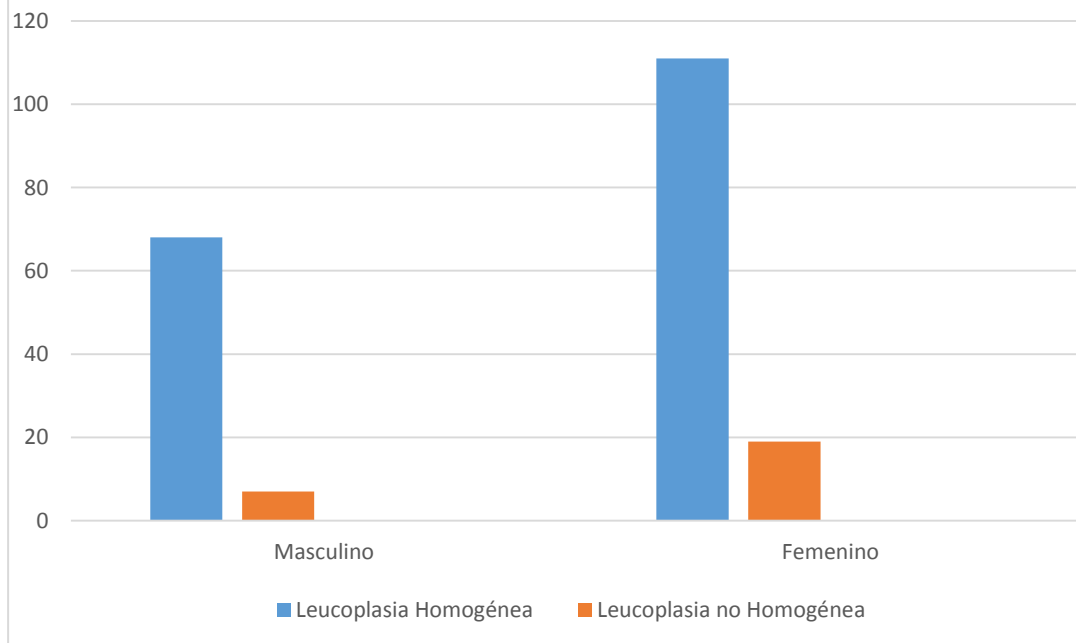


Tabla N°4. Relación de las Leucoplasias según diagnóstico clínico y diagnóstico histopatológico

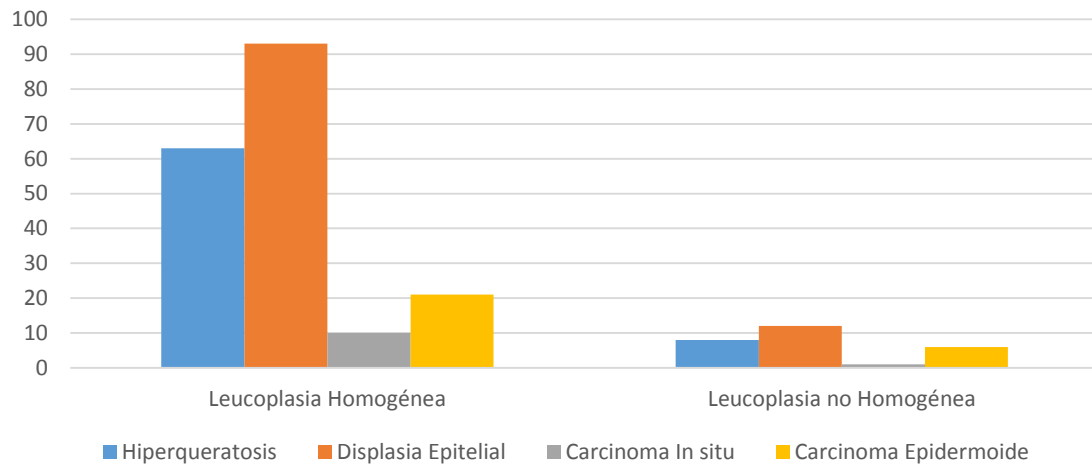


Gráfico N°5. Frecuencia de Leucoplasias según diagnóstico histopatológico y edad

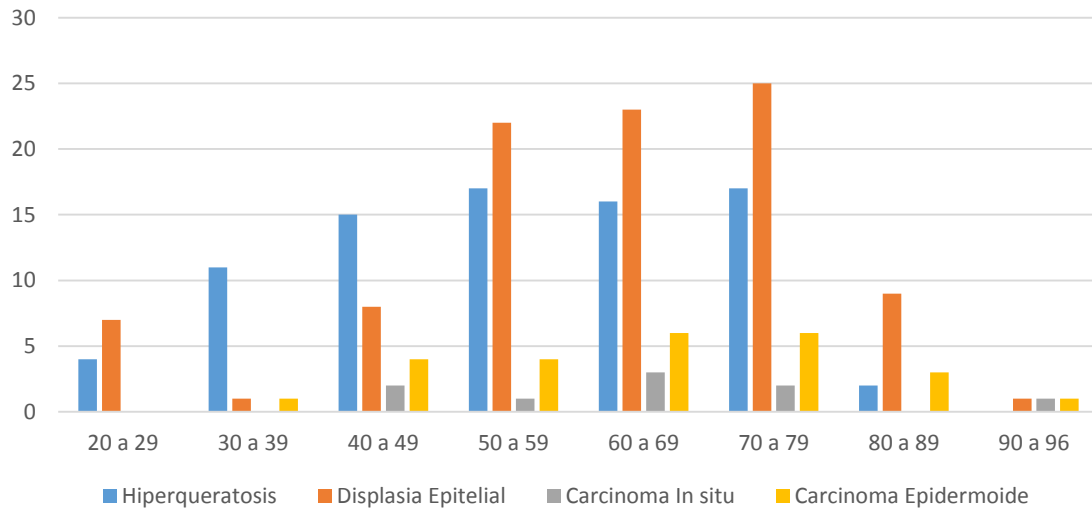


Gráfico N°6. Frecuencia de las Leucoplasias según diagnóstico histopatológico y sexo

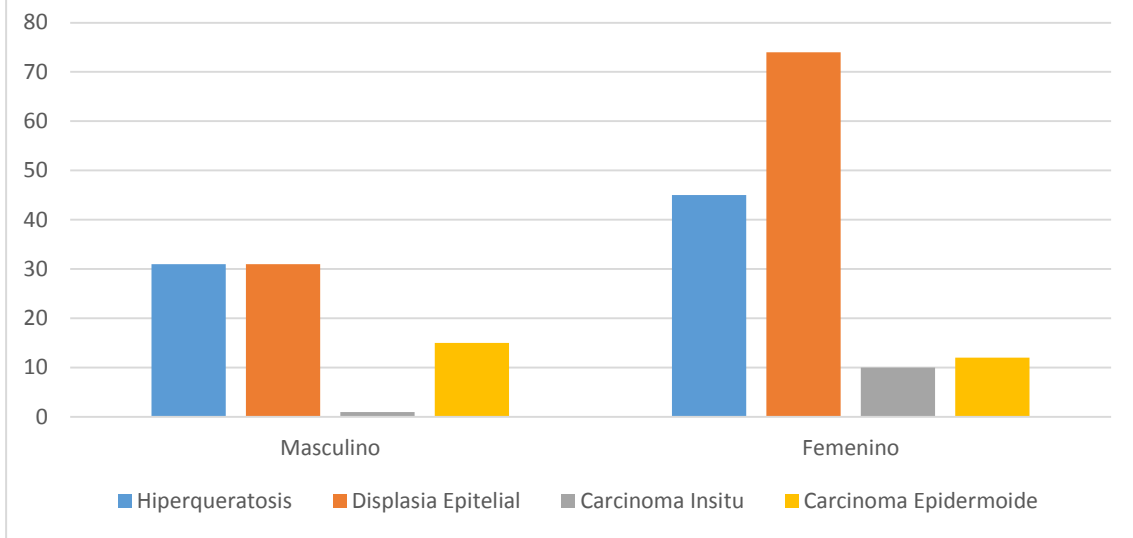


Gráfico N°7. Frecuencia de las Leucoplasias según diagnóstico histopatológico y localización

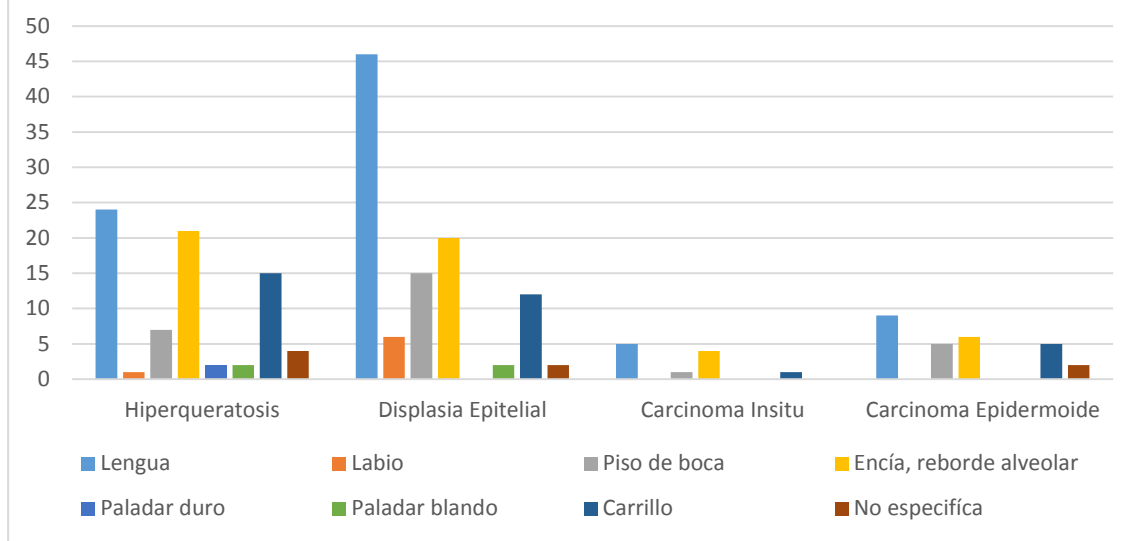


Gráfico N°9. Frecuencia de las Leucoplasias según diagnóstico histopatológico y procedencia

