

LEUCOPLASIA PALATINA

— **Dr. Mario Luzardo Baptista.**

Departamento de Cirugía.
Hospital Universitario.
Maracaibo, Venezuela.

Aunque el promedio de leucoplasias bucales que se malignizan es bajo, muchas neoplasias de esta zona presentan como lesión previa una leucoplasia; razón por la cual es de interés estudiar la constitución de éstas, con el objeto de sentar un criterio sobre la mayor o menor tendencia hacia la malignidad, que los diferentes tipos de leucoplasia presentan. En el presente trabajo hacemos un estudio porcentual de los diferentes elementos que componen estas lesiones y su significado.

MATERIAL Y METODO

Cincuenta biopsias, con el diagnóstico clínico de leucoplasia del paladar, se estudiaron en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Maracaibo. El material fue fijado con formol, incluido en parafina, cortado y montado en la forma habitual, y coloreado con hematoxilina-eosina.

Los diferentes componentes de la imagen histológica de la mucosa palatina son, de la superficie a la profundidad: la capa córnea, el estrato granuloso, el estrato espinoso, la capa germinativa, y la papila de tejido conjuntivo que separa las crestas epiteliales (Cuadro I).

La **hiperqueratosis**, aumento de la capa córnea en un sitio determinado, fue dividida en tres grupos. Grado I: discreta capa de queratina, que pudiera estimarse entre 4 y 6 estratos o láminas. Grado II: la capa es de mediano espesor, hasta de 12 láminas aproximadamente. Grado III: consiste en una firme capa de queratina, la cual supera grandemente las anteriores. La **paraqueratosis**, persistencia de núcleos en la capa de queratina, fue clasificada de manera similar.

Capa córnea

Hiperqueratosis
Paraqueratosis

Estrato granuloso

Estrato espinoso

Acantosis suprapapilar
Acantosis interpapilar

Capa germinativa

Papila de tejido conjuntivo

Cuadro I.

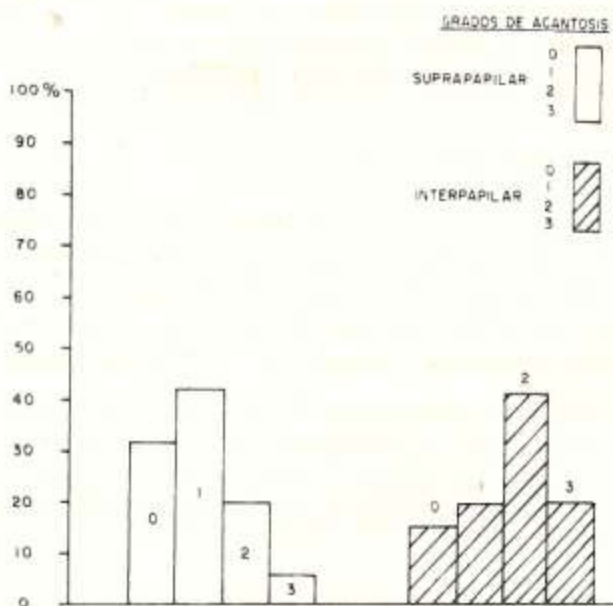


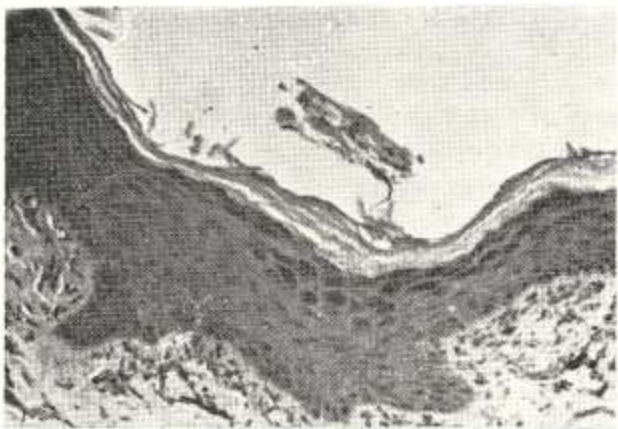
Gráfico 1.

Según el mayor o menor número de células precornificadas, el **estrato granuloso** se clasificó en tres variedades: a) ausencia de estrato granuloso; b) estrato granuloso hasta de 3 capas de células; c) de 4 a 6 capas de células.

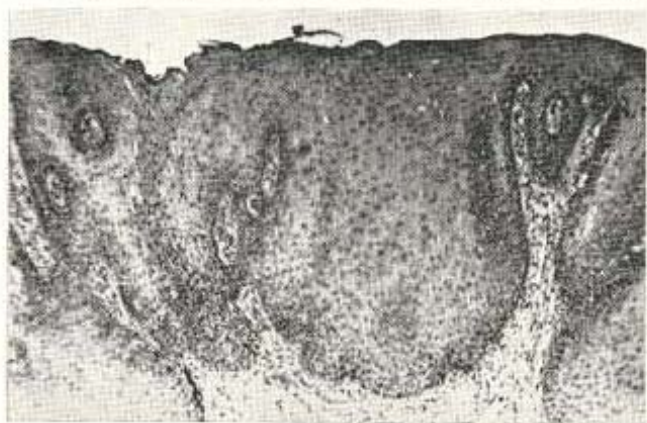
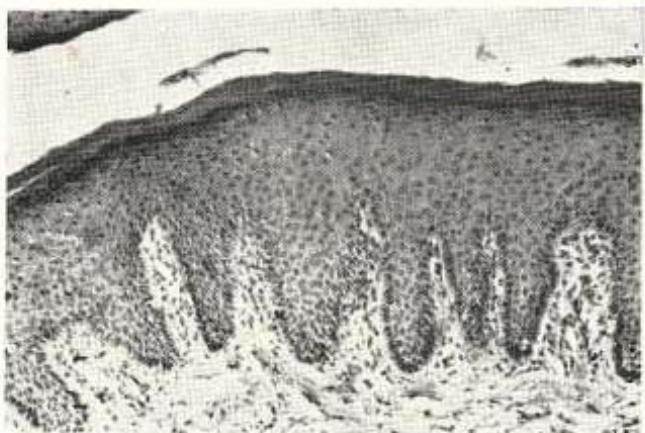
La **acantosis**, engrosamiento del estrato espinoso y de las crestas epiteliales dentro del tejido conjuntivo subyacente, se clasifica en suprapapilar e interpapilar. Cada una de estas variedades se dividió en tres grados de acuerdo al criterio subjetivo del observador. En el Grado I, hay aumento del número de células y las crestas epiteliales están aumentadas de tamaño (Fig. 5). En el Grado II, el aumento del número de los elementos celulares es mayor al anterior, y el estrato espinoso, o las crestas interpapilares, están muy aumentadas de tamaño. En el Grado III, el aumento es muy notable (Fig. 6).

Tomando en cuenta las características anteriores, dividimos las leucoplasias en dos variedades morfológicas identificables a pequeño aumento: a) La imagen que se observa en la llamada **leucoplasia plana simple**, que se caracteriza por hiperqueratosis y acantosis de diferentes grados, pero con superficie relativamente lisa, en la cual se pueden encontrar ulceraciones sin mayor importancia clínica (Figs. 3, 4 y 5). b) **Leucoplasia simple papulosa**, que se caracteriza por áreas que semejan pequeños mosaicos limitados, entre sí por un surco de profundidad variable y en el centro de las cuales, si el corte histológico ha caído en el sitio apropiado, hay una depresión infundibuliforme, que la mayoría de las veces corresponde al conducto excretor de una glándula salival (Figs. 1 y 2).

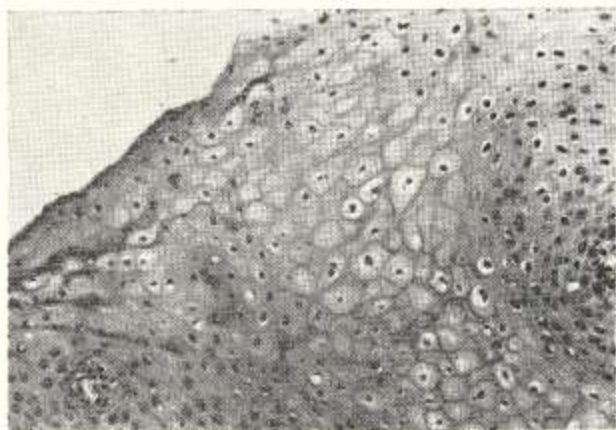
Cuando estudiamos a mayor aumento los elementos celulares, encontramos alteraciones que permiten identificar las leucoplasias como **papilar**, displasia, o disqueratosis, hechos que indican una gravedad mayor. Las alteraciones pueden resumirse en: a) aumento del tamaño de las células o de sus núcleos; b) pérdida de la relación entre el tamaño del núcleo y el de la célula; c) núcleos hipercrómicos; ch) mitosis celulares; d) células multinucleadas; e) actividad muy aumentada de las células de la capa basal; f) queratinizaciones individuales; g) pérdida de la polaridad de las células; h) pseudo-perlas córneas; i) edema intercelular e intracelular (Figs. 6, 7, 8 y 9). La disqueratosis generalmente es una etapa previa al carcinoma, pudiendo pasar por la etapa de carcinoma in situ (Fig. 10).



Figs. 1, 2, 3.



Figs. 4, 5, 6.



Figs. 7, 8, 9.

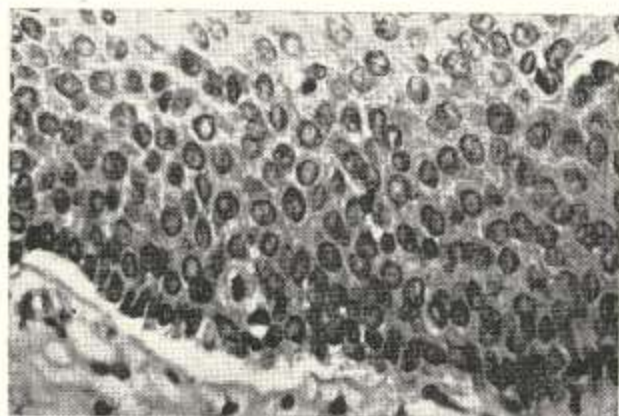


Fig. 10.

RESULTADOS

La hiperqueratosis y la paraqueratosis se encontraron, con bastante frecuencia, combinadas en la misma biopsia; así como en ocasiones faltaron las dos. No se vio hiperqueratosis en el 22% de los casos y faltó la paraqueratosis en el 38%; no existiendo ninguna de las dos en el 20% de los casos. En 19 casos se encontró hiperqueratosis moderada; en 16, hiperqueratosis mediana; y en cuatro, hiperqueratosis marcada (Cuadro III).

CAPA CORNEA

Normal. Grado 0	22 %	Normal	38 %
Hiperqueratosis		Paraqueratosis	62 %
Grado I	38 %		
Grado II	32 %		
Grado III	8 %		

Cuadro II

El estrato granuloso no se observó en todos los casos, como se puede apreciar por los resultados expuestos en el Cuadro III. El gráfico N° 1 muestra el número de células que se encontraban entre las papilas y la superficie. La acantosis interpapilar se clasificó de igual forma, existiendo en la mayoría de los casos, una combinación de las dos.

ESTRATO GRANULOSO

Ausencia del estrato	62 %
De 1 a 3 capas de células	20 %
De 4 a 6 capas de células	18 %

Cuadro III

Hubo atipia celular en el 32% de los casos. La actividad basal era normal en el 44%, ligera en el 42%, moderada en el 10% y marcada en el 4%. La espongiosis se encontró sólo en el 10% de los casos, en tanto que los núcleos hipertróficos e hipertróficos se apreciaron en el 20%. El infiltrado inflamatorio estuvo ausente en el 38%, era ligero o moderado en el 42% y marcado en el 20%. Por último, se consideró leucoplasia simple plana o papulosa, el 84% (Figs. 1, 2, 3, 4 y 5); y papilar, el 16% (Fig. 6, 7, 8 y 9). Entre estas últimas se encontraron dos carcinomas de comienzo; o sea, el 4% de todas las leucoplasias (Fig. 10).

DISCUSION

Nuestros hallazgos coinciden con publicaciones anteriores^{1, 5, 6} en algunos hechos, como son: 1) La ausencia de hiperqueratosis o paraqueratosis en algunos casos; en los casos en que las había, se encontraban frecuentemente en el mismo campo. 2) El estrato granuloso se encontraba en pocos casos y su presencia no tenía relación con algunas de las variedades de queratinización; pues en los pocos casos en que se encontraba presente coincidían tanto la hiperqueratosis como la paraqueratosis^{2, 3}. Recientemente, Shklar⁴, publica un estudio sobre las leucoplasias orales haciendo énfasis en las características de la queratinización del

epitelio mediante técnicas histoquímicas. En los casos de displasia o formas premalignas de leucoplasia no encuentra imágenes que difieren de las halladas en el epitelio normal y en el de la leucoplasia simple. 3) Existen casos en que la única anomalía es la acantosis.

La acantosis varía en gravedad, aparentemente sin relación con la hiperqueratosis, ni con el infiltrado inflamatorio. Se puede notar que en la tercera parte de los casos los elementos celulares presentan normalidades que orientan hacia la displasia. Dos de los casos con displasia habían sufrido una transformación maligna que no se había sospechado clínicamente.

Conociendo los datos anteriores, es fácil sugerir que es preferible, en la mayoría de los casos rotulados como leucoplasia simple, hablar de hiperqueratosis y de acantosis, suprimiendo el término de leucoplasia. En esta forma se evita que el clínico piense la mayoría de las veces en una lesión premaligna; limitando el término de leucoplasia, sólo a los casos con displasia, que merecen una vigilancia estrecha. Las imágenes de leucoplasia plana simple y leucoplasia papulosa no tienen, en cuanto a malignidad, diferencias de gravedad; aunque las alteraciones de la segunda son más profundas.

La constitución de la mucosa palatina, similar a otras áreas del organismo, permitiría aplicar nuestros hallazgos a otras zonas, con las limitaciones del caso.

RESUMEN

Se estudiaron 50 biopsias de leucoplasia palatina. Se realizó un estudio porcentual de los diferentes componentes de las leucoplasias del paladar. Los elementos más resaltantes encontrados fueron: hiperqueratosis (78%), paraqueratosis (62%), acantosis suprapapilar (68%), acantosis interpapilar (85%), estrato granuloso (38%), atipia celular (32%), actividad basal aumentada (56%), espongiosis (10%), alteraciones nucleares (20%), infiltrado inflamatorio (62%).

Se clasificó como leucoplasia plana simple el 84%, y como papilar el 16%. Entre estas últimas se encontraron dos carcinomas de comienzo.

Se propone que el término de leucoplasia se limite a las displasias.

SUMMARY

Fifty biopsies of oral leukoplakia were studied. The percentage of the components of these leukoplakias were recorded. The predominant features were: hyperkeratosis (78%), parakeratosis (62%), suprapapillary acanthosis (68%), rete peg's acanthosis (85%), stratum granulosum (38%), cellular atypism (38%), basilar hyperplasia (56%), leukedema (10%), nuclear atypism (20%), inflammatory infiltration (62%).

Eighty-four per cent were recorded as leukoplakia and 16% as dyskeratosis. Among these two carcinomas in situ were found.

It is proposed that the term of leukoplakia should only be used in the dyskeratosis.

AGRADECIMIENTO

A los Drs. F. Wenger, E. Salazar y A. Avila, por su valiosa colaboración en la realización de este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 — GALUE, R. "Leucoplasias orales". Tesis Doctoral. Universidad de los Andes. Mérida. Venezuela. 1967.
- 2 — QUIGLEY, L. F.; SHKLAR, G.; COBB, C. M. "Reverse cigarette smoking in Caribbeans". J. Amer. Dent. Ass. 72: 867-873. 1963.
- 3 — SHAFER, W. G.; WALDRON, C. A. "A clinical and histopathologic study of oral leukoplakia". Surg., Gyn., Obst. 112: 411-420. 1961.
- 4 — SHKLAR, G. "Patterns of keratinization in oral leukoplakia". Arch. Otolaryngol. 87: 92-96. 1968.
- 5 — SONEIRA, A. "El Cáncer oral y el odontólogo". Anales Inst. Inv. Odont. 1: 33-46. 1965.

- 6 — WENGER, F. "El hábito tabáquico del cigarrillo invertido". Rev. Univ. Zulia. Maracaibo. Venezuela. 5: 95-117. 1958.
- 7 — WENGER, F.; LEPP, H. F. "Leucoplasias papulosas del paladar". Gac. Odontol. 4: 221-229. 1958.
-

"Es redundante exhortar a los científicos a que produzcan conocimientos aplicables; no pueden dejar de hacerlo. Es cosa de los técnicos emplear el conocimiento científico con fines prácticos, y los políticos son los responsables de que la ciencia y la tecnología se empleen en beneficio de la humanidad".

Mario Bunge

"La Ciencia: su método y su filosofía"

"No sigáis siempre los caminos trillados, yendo sólo a donde los demás van, unos detrás de otros como un rebaño de ovejas. Abandonad una vez que otra los caminos conocidos y adentraos en la selva. Es seguro que cada vez que lo hagáis, veréis algo que no habíais visto nunca. Naturalmente, será algo pequeño, pero que no debéis ignorar. Seguidlo, explorad en torno suyo; un descubrimiento os llevará a otro, y antes de que lo sepáis, habréis encontrado algo digno de ocupar vuestro pensamiento".

Alejandro Graham Bell

"Descubrimiento e Invención"