



CARACTERIZACIÓN CLÍNICO E HISTOPATOLÓGICA DE PACIENTES CON LEUCOPLASIA BUCAL. SANTIAGO DE CUBA. 2018 - 2019

Autora principal: Elizabeth Melissa Tablada Podio, estudiante de cuarto año Facultad de Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Cuba
Correo: elizabeth.tablada98@gmail.com

Coautoras: MsC. Dra. Madelayne Francisca Podio Coll, Dra. Ana Marys Savourni Rodríguez, Dra. Alina Arocha Arzuaga, Dra. Yamilka Meriño Zayas

Resumen

Introducción: Las lesiones preneoplásicas constituyen aproximadamente 24,8% de las lesiones bucales y la leucoplasia es una de las más estudiada por su relativa frecuencia y su gran potencialidad de malignización. **Objetivo:** Caracterizar los pacientes diagnosticados con leucoplasia bucal según variables clínicas e histopatológicas **Material y método:** Se realizó un estudio descriptivo transversal, en el Policlínico "Ramón López Peña", de enero 2018 a agosto 2019 en 20 pacientes mayores de 15 años que son parte del programa del PDCB y tienen diagnóstico definitivo de leucoplasia bucal con estudio histopatológico (biopsia) realizado. La información fue recogida de la historia clínica individual y se procesó utilizando como medidas de resumen la frecuencia absoluta, el porcentaje y el promedio para la edad.: **Resultados:** Aparecieron lesiones en los rebordes alveolares en 11 pacientes (45.8%). El hábito de fumar se observó en 85.0% del total de los diagnosticados practicado más por los pacientes masculinos con 58.8%, las leucoplasias homogéneas predominaron en 17 (70.8%), presentándose 85.7% del grupo 39-50 años. Del total de lesiones observadas 17 (70.8%) no presentaron cambios displásicos y en el 29.2% se informó como resultado de anatomía patológica cambios displásicos leves. **Conclusiones** El grupo poblacional más afectado fue 51-62 años con una edad promedio de 58 años, en ambos sexos por igual; apareciendo esta lesión con mayor frecuencia en los rebordes alveolares, el factor de riesgo más observado fue el hábito de fumar, seguido por el



alcohol, predominó la forma clínica homogénea y desde el punto de vista histológico la displasia leve.

Palabras claves: leucoplasia bucal, displasia, homogénea

I. INTRODUCCIÓN

Existe un grupo de lesiones blanquecinas de la mucosa bucal debidas a un trastorno localizado de la queratinización como respuesta defensiva de las células epiteliales ante la agresión de agentes irritantes.¹

Las lesiones preneoplásicas constituyen aproximadamente 24,8% de las lesiones bucales y dentro de estas la leucoplasia reporta tasas entre 0,3 a 3,6%² por lo que es una de las más estudiada por su relativa frecuencia en el epitelio mucoso bucal y su gran potencialidad de malignización, desde el punto de vista etimológico el término leucoplasia significa crecimiento o proliferación blanca,^{1,3,4} que únicamente traduce el aspecto clínico que tiene esta lesión ya que se ha definido desde hace algunos años bajo un contexto eminentemente clínico.⁵

La leucoplasia de la mucosa bucal (LMB) fue definida según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978 como un parche o placa blanca de la mucosa oral que no puede ser caracterizada clínica ni histopatológicamente como ninguna otra enfermedad.

⁶ En 1994, en el simposio internacional sobre lesiones bucales blancas, realizado en Uppsala este tipo de lesión queda caracterizada mancha predominantemente blanca que no se puede caracterizar como otra lesión bien definida. En tanto, Santana considera que aparece como una lesión, placa o mancha de color blanquecino, blanco-amarillento o blanco grisáceo, de superficie lisa o rugosa con tendencia a situarse profundamente en las superficies epiteliales con sus bordes bien delimitados o poco precisos y que puede tener un crecimiento verrugoso o exofítico que además de la connotación clínica tiene una definición histológica precisada por la presencia de algún grado de disqueratosis o atipia epitelial; afecta a ambos sexos con preferencia del masculino en un 75%, es más frecuente entre los 40 y los 60 años con predominio de los 58 años y esta puede crecer en cualquier sitio de la mucosa bucal⁷.



*Congreso Internacional Estomatología 2020 (Virtual)
Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez"
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana*



Estudios realizados en Brasil, Suecia, Polonia, Italia, España demostraron que la presencia de leucoplasia aumenta con la edad, generalmente aparece entre los 40 y 70 años de edad, observándose una mayor prevalencia en la década de los 50 y 60 años, en tanto en Cuba mantiene comportamiento similar, aunque en países en desarrollo suelen aparecer cinco o diez años antes.⁸

La etiología de la LMB se considera multifactorial, pero el tabaco es considerado el factor más involucrado.⁹⁻¹⁰ También es reconocido por la comunidad científica como factores etiológicos el alcohol que combinado con el tabaco incrementa su riesgo¹¹. Así como los traumatismos provocados por dientes y alteraciones injuriantes (la presencia de bordes filosos en las prótesis, las mordeduras, el galvanismo, los medicamentos colocados en contacto permanente con la mucosa como la aspirina, e instrumentos de trabajo como clavos en la boca de tapiceros y zapateros), a pesar que muchos autores no lo consideran leucoplasias verdaderas desde el punto de vista de su peligrosidad deben considerarse como tal. Además una pequeña proporción de ellas el 2,4% no se asocian con una causa conocida, es decir de causa idiopática¹²⁻¹⁴.

Existen dos variedades clínicas de leucoplasia bucal: la homogénea y la no homogénea, esta última se subdivide a su vez en nodular, exofítica y eritroleucoplásica.³⁻⁵ La leucoplasia homogénea es una lesión francamente blanca de la mucosa oral, de consistencia no indurada, se ubica en cualquier sitio del epitelio, suelen ser asintomáticas, en ocasiones puede aparecer dolor, sensación de ardor y resequedad de la mucosa, el descubrimiento de esta afección suele ser casual, por lo que el tiempo de evolución de la lesión en muchos casos es incierto^{2,3} estas representan entre el 80-90% de las leucoplasias.⁸

Las formas homogéneas son mucho más prevalentes que las no homogéneas, en una proporción que varía en los estudios de 2:1 a 11:1; se ha constatado un riesgo 4 a 7 veces mayor de transformación maligna en las leucoplasias no homogéneas en comparación con las del tipo homogéneo.^{6,8}

La leucoplasia puede presentar un patrón histopatológico variable, desde una hiperqueratosis sin displasia epitelial hasta una displasia severa con fenómenos de atrofia o hiperplasia epitelial. Se distinguen 2 tipos de leucoplasia: las displásicas y las



no displásicas. La primera suele corresponderse con las formas clínicas no homogéneas y pueden estar sobre infectadas por *Cándida albicans*.^{1, 15}

Los criterios utilizados para hacer un diagnóstico de displasia epitelial son: pérdida de la polaridad de las células del estrato basal, presencia de más de una capa de células basales con aspecto basaloide, aumento de la relación núcleo/citoplasma, papilas en forma de gota, estratificación epitelial irregular entre otras.¹⁶

El diagnóstico de las lesiones de los tejidos blandos y duros bucales consiste básicamente en la observación clínica y en estudios de anatomía patológica para identificar cambios en su constitución normal. En la detección de las lesiones premalignas y malignas bucales, el estomatólogo juega un papel fundamental, lo que lo obliga a profundizar más en las características de lo normal y lo patológico, para el bien del paciente y tranquilidad del propio profesional.

Se ha observado clínicamente y por la estadística que se realiza para Programa de Detección del Cáncer Bucal (PDCB) en el servicio que existe un predominio de los pacientes con diagnóstico definitivo de leucoplasia bucal confirmado por biopsia, pero no existen estudios en el Policlínico Docente Ramón López Peña que permitan caracterizar la población afectada por leucoplasia de ahí que se plantee como

:¿Cuáles serán las características clínicas e histopatológicas de los pacientes diagnosticados con leucoplasia bucal de esta área de salud?

Resolver esta interrogante permitirá saber más detalladamente las características de esta lesión permitiéndole a los profesionales intervenir de forma temprana para modificar los conocimientos acerca de la enfermedad y así disminuir las recidivas de las lesiones en los afectados que han sido tratados y la aparición de nuevos casos, minimizando los gastos de atención y elevando el nivel de salud bucal de la población en esta área de salud.

El objetivo de presente trabajo es caracterizar los pacientes diagnosticados con leucoplasia bucal en el servicio estomatológico del Policlínico Docente Ramón López Peña según variables clínicas e histopatológicas.

II. MATERIAL Y MÉTODOS



Se realizó un estudio descriptivo transversal, en el Policlínico "Ramón López Peña" de Santiago de Cuba en el período comprendido de enero de 2018 a agosto 2019 para caracterizar los pacientes diagnosticados con leucoplasia bucal según variables clínicas e histopatológicas en 20 pacientes mayores de 15 años que son parte del programa del PDCB y tienen diagnóstico definitivo de leucoplasia bucal y con estudio histopatológico (biopsia) en el periodo de estudio. La investigación se llevó a cabo teniendo en cuenta las consideraciones éticas recogidas por la Normativa de la Declaración de Helsinki, previa comunicación y autorización del responsable del servicio estomatológico.

Las variables utilizadas fueron edad, sexo. Localización topográfica, factores de riesgo, causas y clasificación de la leucoplasia y displasia

Se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica sobre el tema en sitios web publicados en Internet (infomed, medired) y algunos textos impresos propiedad del autor, así como en las bibliotecas de la Facultad de Estomatología y la Escuela Provincial Docente de Santiago de Cuba.

La información fue recogida de la historia clínica individual y de las biopsias realizadas a los pacientes estudiados (para lo cual se solicitó la aprobación del jefe de servicio), y a través del examen clínico que se le realizó a los pacientes en la consulta de Maxilofacial del servicio para lo cual se utilizó el conjunto dental e instrumental diagnóstico; todos los datos fueron plasmados en la planilla de recolección diseñada por los investigadores.

La información obtenida se procesó por técnicas computacionales utilizando una laptop VIT, creándose una base de datos mediante el sistema Excel que permitió la confección de tablas utilizando como medida resumir la frecuencia absoluta, el porcentaje y el promedio para la edad.

III. RESULTADOS

Como refleja la tabla 1 de un total de 20 pacientes con diagnóstico confirmado de la enfermedad predominó el grupo etario de 51-62 años con el 35% del total con un promedio de edad de 58 años. En cuanto al sexo no se observaron diferencias ya que el 50% (10 pacientes) fueron masculinos y la otra mitad de la población era femenina.



No se plasmaron resultados en los grupos de 15-26 y 27-38 años porque no se diagnosticaron lesiones en estas edades.

Tabla 1. Pacientes con leucoplasia según edad y sexo Policlínico "Ramón López Peña" 2018 - 2019

Grupos etarios	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%*	No	%*	No	%**
39-50 años	2	20,0	3	30,0	5	25,0
51-62 años	4	40,0	3	30,0	7	35,0
63-74 años	3	30,0	1	10,0	4	20,0
75 y más	1	10,0	3	30,0	4	20,0
Total	10	50,0**	10	50,0**	20	100,0

*% en base al total de la fila **% en base al total de la población estudiada

Se pudo observar que la mayor cantidad de lesiones aparecieron en los rebordes alveolares en 11 pacientes representando el 45.8% del total de lesiones diagnosticadas y confirmadas, encontradas estas fundamentalmente en los rebordes inferiores en cualquiera de los dos cuadrantes, seguido de la mucosa del carrillo con el 29.2%; ambas localizaciones topográficas se observaron más afectadas en el sexo masculino con el 54.5% y 71.4% respectivamente. No se diagnosticaron lesiones en la encía, lengua, ni en el suelo de la boca. (Tabla 2)



Es válido aclarar que cuatro pacientes presentaron lesiones leucoplásicas en más de una región topográfica lo que hace más complejo el tratamiento y la posterior recuperación en estos casos.

Tabla 2. Localización topográfica de la leucoplasia según sexo Policlínico "Ramón López Peña" 2018 - 2019

Localización topográfica	Sexo				Total**	
	Masculino		Femenino			
	No	%*	No	%*	No	%**
Mucosa del labio	1	50,0	1	50,0	2	8,3
Mucosa del carrillo	5	71,4	2	28,6	7	29,2
Paladar	1	25,0	3	75,0	4	16,7
Rebordes alveolares	6	54,5	5	45,5	11	45,8
Total	13	54,2**	11	45,8**	24	100,0

*% en base al total de la fila

**% en base al total de las lesiones diagnosticadas por zonas: 24

La tabla 3 muestra que el hábito de fumar se observó en 17 pacientes que representaron el 85.0% del total de los diagnosticados con lesiones leucoplásicas practicado más por los pacientes masculinos con 58.8%, seguido por el consumo de alcohol en 5 personas para un 25.0% que a diferencia del anterior factor está presente más en las pacientes femeninas, 3 para un 60.0%, que además son fumadoras por lo que al presentar dos hábitos tienen mayor riesgo de volver a presentar lesiones leucoplásicas o desarrollar otras patologías bucales premalignas. Se debe señalar que ningún paciente presentó dientes o restauraciones filosas como causa de la lesión y en



3 pacientes femeninas no se precisó la causa de la lesión representando el 27,2% del total de lesiones diagnosticadas en este sexo.

Tabla 3. Factores de riesgo presentes en los pacientes con lesiones leucoplásicas según sexo. Policlínico "Ramón López Peña" 2018 - 2019

Factores de riesgo	Sexo				Total*	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Tabaco	10	58,8	7	41,7	17	85,0
Consumo de alcohol	2	40,0	3	60,0	5	25,0
Prótesis traumáticas	1	33,3	2	66,7	3	15,0

*% en base al total de los pacientes enfermos con leucoplasia

Las leucoplasias homogéneas predominaron en 17 pacientes para el 70.8%, presentándose en el 85.7% del grupo de 39-50 años a diferencia del tipo no homogéneo que solo se observó en 7 pacientes para el 29.2% observándose en el 75.0% del grupo etario de 75 y más años de edad.(Tabla 4)



Tabla 4. Clasificación clínica de las lesiones diagnosticadas según grupos etarios Policlínico "Ramón López Peña" 2018 - 2019

Grupos etarios	Clasificación Clínica				Total	
	Homogénea		No homogénea		No	%*
	No	%**	No	%**		
39-50 años	6	85,7	1	14,3	7	29,1
51-62 años	6	75,0	2	25,0	8	33,4
63-74 años	4	80,0	1	20,0	5	20,8
75 y más años	1	25,0	3	75,0	4	16,7
Total	17	70,8*	7	29,2*	24	100.0

*% en base al total de las lesiones diagnosticadas por zonas: 24

**% en base al total de la fila

Se describen los grados de displasia presentes en las lesiones diagnosticadas que contribuyeron a confirmar las formas clínicas de esta patología; del total de lesiones observadas 17 (70.8%) no presentaron cambios displásicos y en el 29.2% se informó como resultado de anatomía patológica en sus biopsias que las lesiones presentaban cambios displásicos leves, donde estos cambios son mínimos y quedaron confinados al tercio inferior del epitelio, lo que nos alerta que se debe realizar el seguimiento indicado a estos pacientes y trabajar los factores de riesgo para evitar las recidivas de la enfermedad. No se encontraron lesiones con cambios displásicos ni moderados, ni graves.



Tabla 5. Displasia epitelial en las lesiones leucoplásicas diagnosticadas. Policlínico "Ramón López Peña" 2018 - 2019

Displasia Epitelial	Lesiones leucoplásicas	
	No	%
Sin displasia	17	70,8
Con displasia	7	29,2
Total	24	100,0

*%en base a la cantidad de lesiones diagnosticadas

IV. DISCUSIÓN

Actualmente, el estomatólogo y el médico de la familia poseen los elementos cognoscitivos suficientes y la destreza necesaria para identificar una leucoplasia y por tanto, los resultados del estudio pueden favorecer ese conocimiento a gran escala.¹³

Al analizar las lesiones leucoplásicas diagnosticadas según edad y sexo los resultados difieren de los obtenidos por Legra Matos y colaboradores¹³ en Holguín ya que las lesiones se presentaron más en los pacientes de 60 y más años con preferencia en el sexo masculino, con Cardentey García¹⁸ y colaboradores en Pinar del Río donde los más afectados fueron los del grupo 70-79 años con el 78.4% y la féminas con el 98.4% y pero coincide en cuanto al grupo con Tramontani Ramos¹¹ de Brasil que presentaron la mayor cantidad de pacientes con leucoplasia en la población de más de 40 años y fundamentalmente entre la quinta y sexta década de vida pero igual difieren en el sexo ya que los más afectados fueron los hombres. Tiene este estudio algunas edades coincidentes con las observadas por Rivero Perez.¹² y Messadi¹⁹. La edad promedio coincide con lo planteado por Santana.⁷



Congreso Internacional Estomatología 2020 (Virtual)
Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez"
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana



Se cree que la localización precisa de una leucoplasia dentro de la boca puede constituir un factor de riesgo para su transformación maligna.¹⁷

Con relación a la localización topográfica de la leucoplasia de acuerdo con el sexo los resultados fueron diferentes a los obtenidos por Cardentey García¹⁸ donde el 53.8% de las lesiones se presentaron en la mucosa del carrillo seguidas de las del labio inferior 40,5% con predominando estas en el sexo femenino, al igual que Santana⁷ que comenta que el 35.4% afecta la mucosa del labio y con preferencia en el sexo masculino.

En cuanto a los factores etiológicos de la leucoplasia, la mayoría de los investigadores coinciden en afirmar que existe una relación directa entre el hábito de fumar y la aparición de lesiones leucoplásicas en la cavidad bucal varios estudios realizados en Estados Unidos, Brasil, España, Cuba, entre otros consideran que alrededor del 80.0% de los que presentan leucoplasia son pacientes fumadores, relacionándolo además con la cantidad de tabaco que se fuma en el día y con el tiempo que se lleva fumando por lo que Roed-Petersen y Pindborg observaron que una vez disminuido el hábito a la mitad en 3 meses se mejoraban las lesiones en un 50% y se eliminaron en el 6.2%, mientras que en los que dejaron de fumar desaparecía en el 37% a los 3 meses y en el 58% a los 6 meses.⁶ También coinciden con resultados similares obtenidos por Santana⁷ que observó que en el 87.9% la causa única fue el tabaco, la leucoplasia idiopática (sin causa aparente) en el 2.4% y las lesiones por agresiones locales en el 9.7%.

Dentro de la clasificación clínica de la leucoplasia encontramos el tipo homogéneo y el no homogéneo, es importante que estas sean conocidas por los profesionales de la atención primaria ya que las mismas son diagnosticadas generalmente en exámenes de rutina realizados a los pacientes.

Los resultados del estudio con relación a esta clasificación coinciden con los obtenidos por Granero Fernández⁵ en España, Rivero Pérez¹² en Camagüey donde predominó la clasificación de leucoplasia homogénea en el 95.8% de los pacientes estudiados y solo el 4.2% fue de la no homogénea.



Existe consenso universal en relación con la necesidad de realizar una biopsia en la leucoplasia oral, ya que el examen histopatológico constituye todavía el estándar de oro en su diagnóstico y en la valoración de la presencia o no de displasia epitelial como dato pronóstico fundamental.²⁰ En la bibliografía médica consultada, diversos autores, constataron que la presencia y severidad de la displasia epitelial (leve, moderada, y severa) es fundamental para valorar el riesgo de malignización de una lesión en la mucosa epitelial.

Los resultados del estudio coinciden con los obtenidos por Estrada Pereira en Santiago de Cuba siendo la displasia leve la de mayor incidencia.¹

Las leucoplasias sin displasia epitelial suponen el 80-90% de todas las leucoplasias. El rasgo histopatológico más constante viene dado por la presencia de hiperqueratosis. Ésta puede ser una ortoqueratosis o una paraqueratosis o incluso estar presente ambas formas de queratinización. En la mayoría de los casos se acompaña de una hiperplasia epitelial debida a un aumento en espesor del estrato espinoso (acantosis) y es frecuente la papilomatosis. En las leucoplasias sin displasia el infiltrado inflamatorio del corion suele ser escaso o estar ausente. Las leucoplasias con displasia epitelial, son menos frecuentes, representando el 10-20% de todas las leucoplasias, según señala Martínez Sahuquillo al obtener resultados similares a los nuestros.⁶ Además Rivero Pérez¹² también observó que predominaron las leucoplasias sin displasia en el 91.7% de los pacientes por el estudiados.

V. CONCLUSIONES

El grupo poblacional más afectado fue el de 51-62 años con una edad promedio de 58 años, presentándose en ambos sexos por igual; apareciendo esta lesión con mayor frecuencia en los rebordes alveolares, el factor de riesgo más observado fue el hábito de fumar, seguido por el alcohol, predominando la forma clínica homogénea en 17 pacientes y, desde el punto de vista histológico la displasia leve en 7 de ellos, al presentar algunos pacientes lesiones en más de una región anatómica.



Referencias bibliográficas

1. Estrada Pereira GA, Mestre Cabello JR, Díaz Fernández JM. Incidencia de la leucoplasia bucal en pacientes fumadores. 2015 [citado Feb 2019]. Disponible en: <http://www.estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/view/670/42>
2. Issrani R, Prabhu N. Oral proliferative verrucous leukoplakia: A case report with an update. ContempClinDent. [Internet]. 2013 [citado Feb 2019]; 4(2): 258-262. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4103%2F0976-237X.114887>
3. Estrada Pereira GA., Márquez Filiu M., González Heredia E. Diagnóstico clínico histopatológico de la leucoplasia bucal. MEDISAN [Internet]. 2012 [citado Feb 2019]; 16 (3). Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol16-3-12/san02312.htm>
4. Estrada Pereira GA., Márquez Filiu M., González Heredia E. Incidencia de la eritroleucoplasia en la cavidad bucal. MEDISAN [Internet]. 2012 [citado Feb 2019]; 16 (11). Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol16-11-12/san081112.htm>
5. Granero Fernández M. Análisis de los factores de riesgo, características clínico-patológicas de la leucoplasia oral e índice de transformación maligna en la Región de Murcia. España. 2015.
6. Martínez Sahuquillo Márquez A, Gallardo Castillo I, Cobos Fuentes MJ, Caballero Aguilar J, Bullón Fernández P. La leucoplasia oral. Su implicación como lesión precancerosa. AvOdontoestomatol. 2008; 24(1):33-44.
7. Santana Garay JC. Lesiones preneoplásicas y queratósicas de la mucosa bucal En: Santana Garay JC. Atlas de patología del complejo bucal. 2ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2010. p.288, 291.
8. Carrera Torres A. Viabilidad de la toma de biopsia mediante cureta de tejido blando para el estudio de lesiones clínicamente compatibles con leucoplasia oral. Sevilla. [Internet]; 2015.[citadoMar 2019]; Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=47795>
9. Parlatescu I, Gheorghe C, Coculescu E, Tovar S. Oral Leukoplakia - An Update. Maedica (Buchar). 2014; 9 (1): 88-93.
10. Mohammed Abidullah, G Kiran, Kavitha Gaddikeri, Swetha Raghoji, ShilpaRavishankar T. Leucoplakia- Review of a pottentionally malignant disorder. J ClinDiagn Res. 2014; 8 (8): 1- 4.
11. Ramos Tramontani R, Paiva Rodrigues C, Filgueiras Andreza MO, Silva-Junior Oliveira G, CantisanoHeffer M, Ferreira Carvalho D, et al. Leucoplasia Oral: conceptos y repercusiones clínicas. Rev. Bras. Odontol [Internet]; 2017 [citado Mar 2019]; 74(1): 52-5. Disponible en: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72722017000100012&lng=pt.
12. Rivero Pérez O, Albornoz López del Castillo CM, de Jesús Nápoles I. Estudio epidemiológico y clinicopatológico de la leucoplasia oral. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. MarinelloVidaurreta [Internet]. 2014 [citado Mar 2019]; 39(7). Disponible en: <http://www.revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/170>
13. Legrá Matos SM, Laplace Pérez BN, Martínez Pérez ML, Marrero Rivas R, López Rodríguez Y. Seguimiento de cinco años de la leucoplasia de la mucosa bucal en pacientes de Holguín[Internet]. 2017 [citado Feb 2018]; 21(3): 776-85. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812017000300014&lng=es



Congreso Internacional Estomatología 2020 (Virtual)
Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez"
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana



14. Escribano-Bermejo M, Bascones-Martínez A. Leucoplasia oral: Conceptos actuales. RevSciELO. AvOdontoestomatol [Internet]. 2009 [citado Feb 2019]; 25 (2). Disponible en: <http://www.researchgate.net/publication/228333369>
15. Rebolledo Cobos M., Escalante Fontalvo M., Espitia Nieto S, Carmona Mesa Z. Tipos de tabaquismo como factor de riesgo asociado a cáncer bucal. Reporte de 2 casos [Internet]. 2012 [citado Mar 2019]; 28 (3). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522012000300012
16. Reichart PA, Philipsen HP. Atlas de Patología Oral. Masson. 2013
17. Medina Márquez M, Carmona Lorduy M, Álvarez Villadiego P y Díaz Caballero A. Leucoplasia asociada al hábito de fumar invertido. Presentación de un caso clínico. AvOdontoestomatol [Internet]. 2015 [citado Feb 2019]; 31(4): 261-6 [citado Feb 2018]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852015000400003>.
18. Cardentey García J, González García X, Piloto Gil AB, Díaz Borrego LB, Páez Hernández Y. Lesiones bucales premalignas en adultos mayores atendidos en la clínica estomatológica "Ormani Arenado Llonch". Rev Dr. Zoilo E. MarinelloVidaurreta.2017; 42(4). [citado Feb 2018]. Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/1039>
19. Messadi DV. Diagnostic aids for detection of oral precancerous conditions. Int J Oral Sci [Internet]. 2013 [citado Jun 2019]; 5(2): 59-65. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3707069/>.
20. AguireUrbizar JM, Alberdi-Navarro J, Castellanos-Cosano L, González-Moles MA, Jiménez-Soriano Y, Machuca-Portillo G. Guía Práctica Clínica de Leucoplasia Oral Sociedad Española de Cirugía Bucal. España; 2017.