



Depósito Legal: ppi201302ME4323
ISSN: 2343-595X

Revista Venezolana de Investigación Odontológica de la IADR

<http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/rvio>



ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Información que poseen los odontólogos del sector privado sobre leucoplasia y eritroplasia como desórdenes potencialmente malignos

Marcos Antonio Morillo¹, María Antonieta Rivas¹, Andreina Tejada²

¹ Estudiante de Odontología. Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes.

² Profesor de la Facultad de Odontología, Departamento de Medicina Oral, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.

RESUMEN

Historial del artículo

Recibo: 04-06-20

Aceptado: 17-06-20

Disponible en línea:
01-08-2020

Palabras clave:

Leucoplasia,
Eritroplasia,
Desórdenes
Potencialmente
Malignos,
Conocimiento
del Odontólogo.

Introducción: La leucoplasia y la eritroplasia son desórdenes potencialmente malignos (DPM) y su detección juega un papel fundamental en diagnóstico precoz de cáncer bucal. Hasta 80% de los carcinomas en cavidad bucal pueden manifestarse con un DPM, por lo que se hace tan necesario que el odontólogo general domine la clínica de estas lesiones. Debido a su importancia y por la evidencia insuficiente, se decide realizar una investigación que aporte datos actuales. **Objetivo:** Determinar la información que poseen los odontólogos generales que laboran en el sector privado en el municipio Libertador del estado Mérida sobre leucoplasia y eritroplasia como DPM. **Metodología:** Investigación de tipo descriptiva, con un diseño de campo. Se realizó una encuesta a 54 odontólogos utilizando un cuestionario digital autoadministrado a través de la aplicación Forms de Google®. Los resultados se analizaron por estadística descriptiva usando el paquete estadístico SPSS® v 25.0 **Resultados:** el 69.5% de los encuestados respondieron correctamente las preguntas del cuestionario, por tanto, poseen información suficiente acerca de leucoplasia y eritroplasia como DPM. **Conclusión:** la mayoría de los odontólogos generales están informados respecto a factores de riesgo, sitios más frecuentes donde se encuentran, identificación clínica y conducta a seguir en DPM, lo que resulta alentador en la lucha contra el cáncer bucal en la región.

Autora de correspondencia: Andreina Tejada. E-mail: od.andreinatejada@gmail.com

Information held by private sector dentists on leukoplakia and erythroplasia as potentially malignant disorders

ABSTRACT

Introduction: Leukoplakia and erythroplasia are potentially malignant disorders (PMD) and their detection plays a fundamental role in the early diagnosis of oral cancer. 80% of carcinomas in the oral cavity manifest with a DPM, which is why it is so necessary for the dentist to dominate the clinic of these lesions. Due to its importance and insufficient evidence, it was decided to carry out an investigation that provides current data. **Objective:** To determine the information that dentists who work in private services in Merida city, have on leukoplakia and erythroplasia as DPM. **Materials and methods** Descriptive research, with a field design. A survey of 54 dentists was carried out using a self-administered digital questionnaire through Google Forms by Google®. The results were analyzed by descriptive statistics using the SPSS 25.0 statistical package. **Results:** 69.5% of the respondents correctly answered the questions in the questionnaire, therefore, they have information about leukoplakia and erythroplasia such as PMD. **Conclusion:** most dentists are informed regarding predisposing factors of PMD, most frequent places where they are found, clinical identification and behavior to follow, which is encouraging in the fight against oral cancer in the region.

Keywords: Leukoplakia, Erythroplasia, Potentially Malignant Disorders, Dentist's knowledge.

INTRODUCCIÓN

Los desórdenes potencialmente malignos (DPM) son aquellas expresiones clínicas en cavidad bucal que presentan un riesgo aumentado de malignización neoplásica, debido a la exposición a factores de riesgo o alteraciones genéticas¹. Para el año 1978 la Organización Mundial de la Salud (OMS) las denominaba lesiones precancerosas. Años más tarde, en el 2005, junto con un comité de expertos en Reino Unido, sugirió remplazar esa terminología por desórdenes potencialmente malignos (DPM), considerado más apropiado pues connota una probabilidad más que un hecho, sugiere que pudiesen malignizar o no hacerlo nunca, tomando en cuenta además que estos pacientes pudiesen desarrollar una neoplasia maligna en otros sitios de la mucosa aparentemente sanos¹⁻⁴.

Según la última clasificación de la OMS, son 12 entidades las consideradas en el grupo de DPM: leucoplasia, eritroplasia, eritroleucoplasia, fibrosis oral submucosa, disqueratosis congénita, queratosis del masticador de tabaco, estomatitis nicotínica, candidiasis crónica hiperplásica, liquen

plano, lupus eritematoso discoide, glositis sifilítica y queilitis actínica². Siendo las primeras dos las de mayor riesgo de evolución a malignidad. Los diagnósticos de leucoplasia y eritroplasia se obtienen luego de descartar todas las patologías posibles con esas características y requieren de biopsia para su estudio, donde a menudo presentan signos histológicos de displasia en distintos grados y hasta de malignidad en casos avanzados⁵⁻⁸.

La leucoplasia se define como una placa blanquecina en la mucosa oral que no se desprende con el raspado y no puede clasificarse clínicamente como otra entidad⁴. Tiene múltiples factores desencadenantes agrupables en tres categorías: infecciosos, nutricionales y tóxicos⁶. El principal factor etiológico es sin duda el consumo de tabaco, tras su abandono, gran parte de las leucoplasias desaparecen o involucionan. El alcohol se considera actualmente cofactor de leucoplasias, un potenciador cuando se usa junto al tabaco, por otra parte, en pacientes con estados carenciales de hierro o infecciones crónicas por *Cándida Albicans* o VPH parecen más frecuentes^{6,7}. Se distinguen clínicamente dos tipos: leucoplasia homogénea y no homogénea. La homogénea aparece como una placa blanca, plana o ligeramente elevada pero suave, con superficie lisa o rugosa, en ocasiones presenta surcos poco profundos, sin pérdida del epitelio y asintomática, esta forma clínica es la más común y rara vez se convierte en un carcinoma invasor^{7,9-11}. La leucoplasia no homogénea, por su parte, puede presentarse en varias formas: erosivas, nodulares, verrugosas y verrugosas proliferativas^{9,11-15}. Histopatológicamente, incluye hiperplasia epitelial (acantosis) de intensidad variable con hiperqueratosis, lo que explica el color blanco de la lesión. Sin embargo, el factor que condiciona su potencial maligno es la presencia o no de displasia epitelial¹⁵⁻¹⁹.

La eritroplasia, por su parte, se caracteriza por ser una zona roja y brillante en la mucosa, bien definida y fija en un único lugar, que si se combina con zonas blancas pasa a denominarse eritroleucoplasia y en ese caso hay un riesgo aún mayor de transformación e invasión maligna. Al estudio histopatológico, tan pronto como aparecen entre el 80 a 90% suelen tener una displasia epitelial severa o ya tratarse de un carcinoma invasor.²⁰⁻²⁶

La aparición de estos desórdenes se relaciona principalmente con el consumo de tabaco; dentro de sus numerosos componentes químicos, los productos de su combustión y las N-nitrosaminas, se consideran las sustancias más cancerígenas^{5,27-33}. En las membranas mucosas de las personas expuestas, durante largos períodos a su consumo nocivo, se origina una respuesta defensiva ante dichos irritantes, que permite primero una adaptación; sin embargo, si no se elimina el agente causal, con el tiempo el epitelio bucal evoluciona a un estado de daño biológico, unido a alteraciones hísticas que inducen cambios celulares con posible transformación neoplásica^{34,35}. La ubicación de la lesión depende de cómo se consume el tabaco, pero generalmente la leucoplasia tiene frecuencia de aparición en los bordes laterales de la lengua, mucosa del carrillo y piso de boca, a diferencia de la eritroplasia que aparece con más frecuencia en el paladar blando^{6,11,12,36}. El alcohol actúa como un cofactor, al igual que el traumatismo crónico causado por prótesis mal

adaptadas. La presencia de VPH también es un factor de riesgo, especialmente en pacientes inmunosuprimidos (VIH)^{5,36}. En algunos casos, puede no encontrarse causa relacionada a la aparición de estos desórdenes y esa situación los hace aún más peligrosos, pues si se desconoce la etiología desfavorece el pronóstico.

En la literatura existe una gran variabilidad en cuanto a la evolución de estas alteraciones. La eritroplasia tiene una baja frecuencia de regresión y su malignidad es elevada (90%), mientras que en la leucoplasia puede presentarse involución, especialmente después abandonar el tabaquismo (hasta en el 70% de los casos) y la progresión de malignidad ocurre en el 0.2 a 17.5% de las lesiones no tratadas, con un porcentaje de conversión anual total del 2%^{5,6}. El diagnóstico presuntivo de estas entidades se basa en el estudio clínico, criterios que incluyen tiempo de evolución, color, tamaño, textura de su superficie, consistencia al tacto, y localización asociado a la anamnesis y presencia de factores de riesgo. El diagnóstico definitivo se obtendrá sólo y únicamente con el estudio histopatológico a través de la biopsia del tejido^{11,37,38}. El procedimiento a seguir al tener sospecha de leucoplasia o eritroplasia al examen clínico y anamnesis, consiste en eliminar o controlar los factores predisponentes, realizar biopsia incisional o excisional dependiendo del caso y referir a un especialista en medicina y patología bucal³⁸.

Al no ser diagnosticados a tiempo, existe la posibilidad de transformación al temido carcinoma espinocelular (CEC), la más común de las neoplasias malignas de cabeza y cuello^{26,39,40}. De acuerdo a diferentes estudios, entre el 10 y el 80% de los CEC comienzan su manifestación con un DPM^{8,41-45}, por lo que es de gran importancia que el profesional de la salud bucal, conozca las características clínicas de estas lesiones, con el fin de establecer un diagnóstico temprano, pudiendo reducir hasta un 20% la mortalidad causada por esta neoplasia^{19,23,27,41}. Y además contribuya no únicamente prolongando años de vida a estos pacientes sino mejorando su calidad de vida, tomando en consideración que mientras más avanzado esté el proceso carcinogénico, más radical y mutilante resulta su tratamiento.

Las corrientes actuales se orientan hacia el rol protagónico del diagnóstico precoz de estas expresiones clínicas y por ende en la información que poseen tanto los pacientes como los odontólogos para identificarlas^{24,29,32,44}. El odontólogo general, es una pieza fundamental en este proceso, puesto que representan el mayor porcentaje de profesionales de salud bucal y por ende tiene en sus manos un mayor número de pacientes, que acuden con múltiples necesidades de atención, por lo que es un eslabón clave en la detección temprana de DPM, no obstante, si no cuenta con los conocimientos mínimos necesarios puede pasarlos desapercibidos retrasando aún más el abordaje oportuno de estos individuos, lo que pudiese ser mortal.

Diversos estudios internacionales han evaluado el conocimiento de los odontólogos en relación a diagnóstico precoz de carcinoma espinocelular y en varios se incluye DPM, como es el caso de

Stillfried *et al*⁴³, quienes en el año 2016 en Chile, investigaron sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en relación al cáncer oral de cirujanos dentistas, obteniendo entre otras cosas que menos de dos tercios de los 264 encuestados fue capaz de identificar la leucoplasia y la eritroplasia, como las dos lesiones cancerizables más frecuentes, dejando en evidencia la carencia de información existente en este tema.

Sin embargo, luego de una extensa revisión de la literatura no se hallaron estudios actualizados que aborden desde este enfoque la información de los odontólogos, sobre leucoplasia y eritroplasia como desórdenes potencialmente malignos, por lo tanto, surge la necesidad de realizar una investigación actual tomando en cuenta la importancia que tiene la interpretación clínica en la detección temprana de estas lesiones, evitando así, su posible transformación maligna. El presente estudio tiene como objetivo determinar la información que poseen los odontólogos generales que laboran en el sector privado en el municipio Libertador del estado Mérida, Venezuela acerca de leucoplasia y eritroplasia como desórdenes potencialmente malignos, lo concerniente a su diagnóstico clínico y diferencial, factores predisponentes y correcta conducta a seguir, una vez que se sospecha de su presencia.

METODOLOGÍA

Esta investigación fue de tipo descriptiva, con un diseño de campo⁴⁶ conducido bajo un enfoque cuantitativo⁴⁷. La población estuvo conformada por 1.470 odontólogos pertenecientes al municipio Libertador, en la ciudad de Mérida cifra que se obtuvo en una base de datos del Colegio de Odontólogos del Estado. De este número arbitrariamente mediante muestreo no probabilístico y de tipo intencional⁴⁶ se determinó que era factible abordar a un grupo de 70 odontólogos a los cuales se les envió el instrumento de recolección de datos, resultando constituida la muestra por cincuenta y cuatro (54) que aceptaron participar en el estudio.

La recolección de datos se llevó a cabo mediante una encuesta en modalidad escrita y autoadministrada⁴⁶ aplicada a la muestra poblacional, a quienes se les informó previamente el carácter voluntario, anónimo y confidencial del instrumento, el cual se implementó mediante un cuestionario en formato digital a través de la plataforma Google Forms de la plataforma Google®, con un total de diez (10) preguntas de respuestas cerradas de selección simple, que tenían la finalidad de determinar la información referente al objetivo del estudio. El cuestionario fue sometido a validación por expertos en 3 áreas: Estomatología, Anatomía Patológica y Metodología de la Investigación.

Se realizó un análisis de tipo cuantitativo⁴⁶ sobre las variables de la investigación a partir de los datos obtenidos de las encuestas, para ello se utilizaron las herramientas informáticas Microsoft Excel® (versión 16.0) y el paquete estadístico de IBM SPSS® (versión 25.0), los cuales permitieron el análisis de los datos a través estadística descriptiva.

RESULTADOS

Se encuestaron un total de 54 odontólogos que laboran en distintos consultorios privados en el Municipio Libertador de Mérida los cuales suministraron información de tipo sociodemográfica con predominio de un grupo de odontólogos con más de 5 años de experiencia (81.5%) sobre aquellos con menos de 5 años (18.5%).

El 46.3% de los encuestados respondieron de manera incorrecta la definición de DPM, los cuales son lesiones que no son consideradas neoplasias, pero se relacionan con una mayor probabilidad de evolución a cáncer. (Gráfico 1)

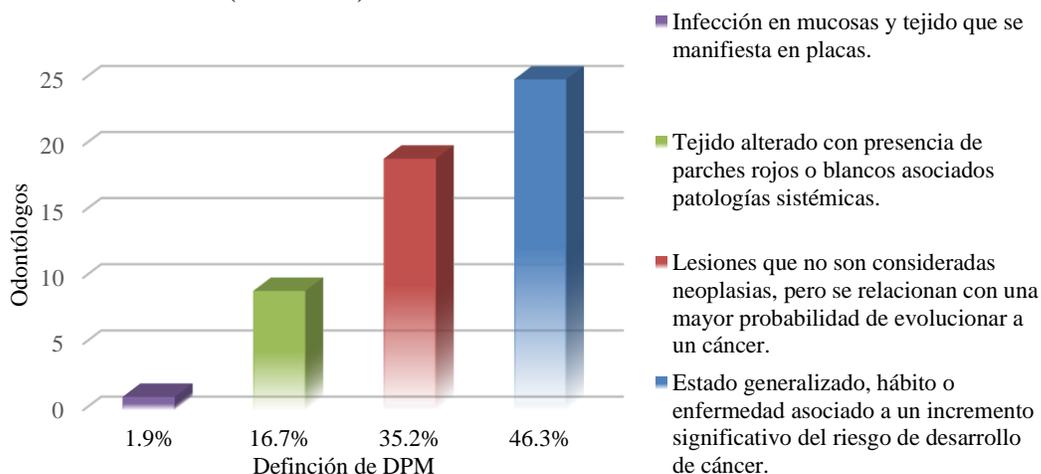


Gráfico 1. Información que poseen los odontólogos sobre la definición de Desórdenes Potencialmente Malignos.

Con respecto a los sitios de localización más frecuentes de estas lesiones, casi todos los encuestados (61.1%), acertadamente consideran que son los bordes laterales de la lengua, mucosa de carrillos, piso de boca y paladar blando. (Gráfico 2)

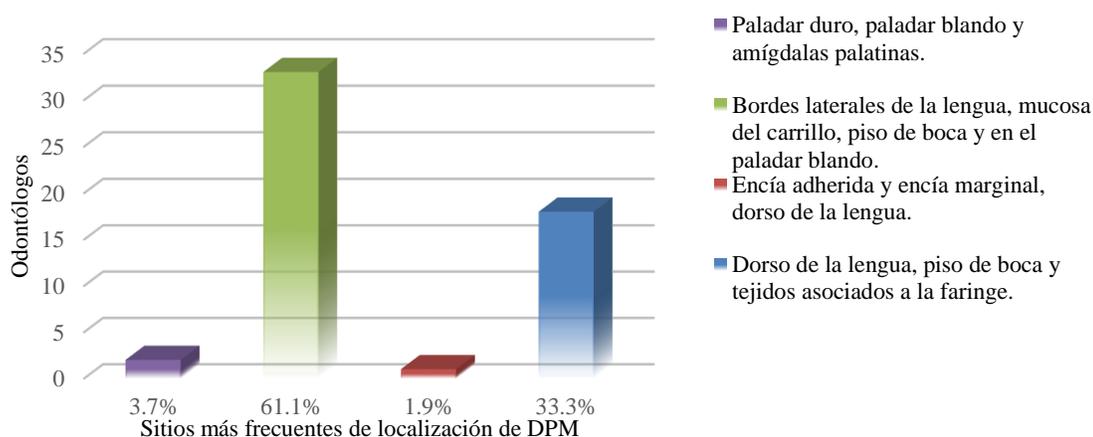


Gráfico 2. Información que poseen los odontólogos sobre sitios más frecuentes de localización de Desórdenes Potencialmente Malignos.

Cerca de la totalidad de los encuestados (98,1%) escogió la respuesta correcta con respecto a los factores de riesgo asociados la aparición de los DPM, identificándolos como el consumo de tabaco y alcohol, las prótesis mal adaptadas e infecciones como el VPH y el VIH. (Gráfico 3)

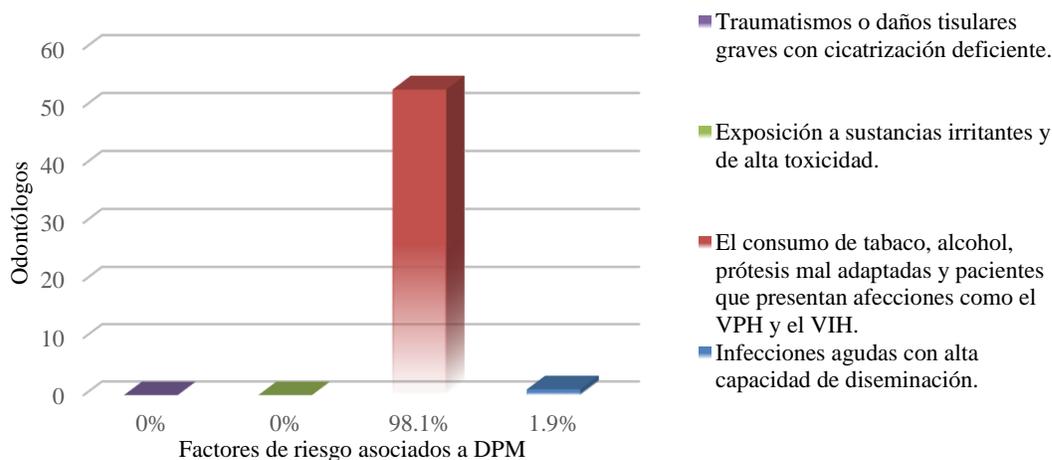


Gráfico 3. Información que poseen los odontólogos sobre factores de riesgo asociados a los Desórdenes Potencialmente Malignos.

En cuanto a las características clínicas para realizar el diagnóstico de leucoplasia, el 90.7% de los odontólogos las identificaron adecuadamente: placa blanquecina, plana o ligeramente elevada, suave de superficie lisa o rugosa, que puede presentar surcos poco profundos, sin pérdida del epitelio y asintomática. (Gráfico 4)

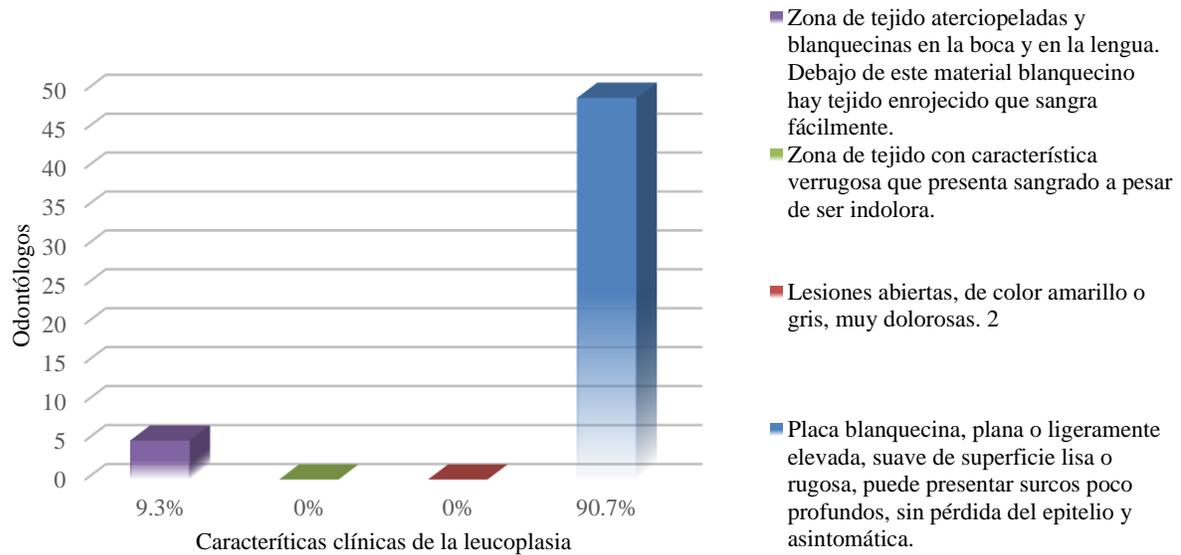


Gráfico 4. Información que poseen los odontólogos sobre las características clínicas de la Leucoplasia.

Así mismo, un alto porcentaje de los odontólogos (83.3%) reconoce que la candidiasis y las lesiones traumáticas son los principales diagnósticos diferenciales para leucoplasia (Gráfico 5).

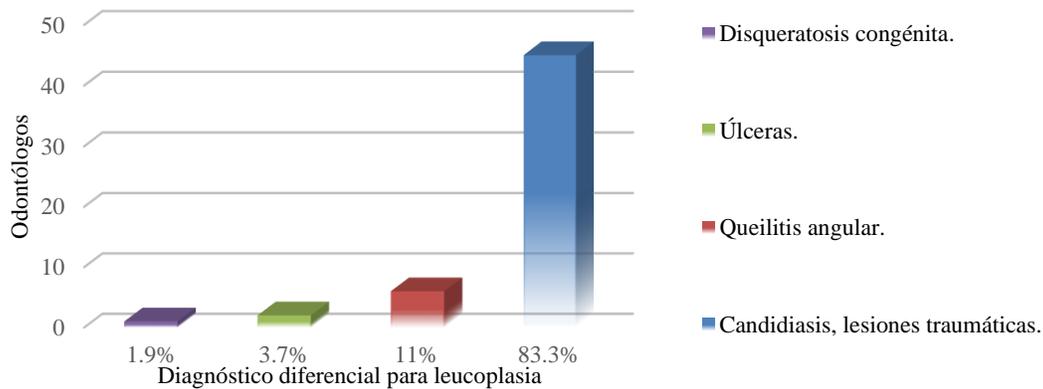


Gráfico 5. Información que poseen los odontólogos sobre el diagnóstico diferencial para Leucoplasia.

Acertadamente el 79.6% de la muestra sabe que el raspado del área en sospecha, con una gasa, para constatar desprendimiento del tejido blanquecino es la técnica idónea para realizar diagnóstico diferencial entre leucoplasia y candidiasis (Gráfico 6).

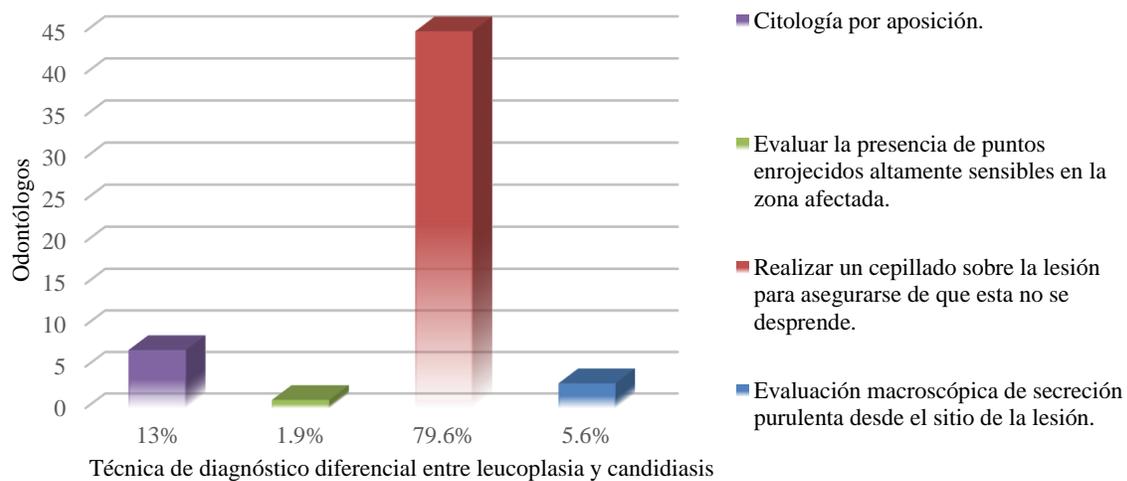


Gráfico 6. Información que poseen los odontólogos sobre la técnica de diagnóstico diferencial entre Leucoplasia y Candidiasis.

Un 85.2% conoce que una porción de mucosa con un aspecto rojizo, brillante, muy delimitado en sus bordes y de aspecto liso concuerda con características clínicas de Eritroplasia (Gráfico 7).

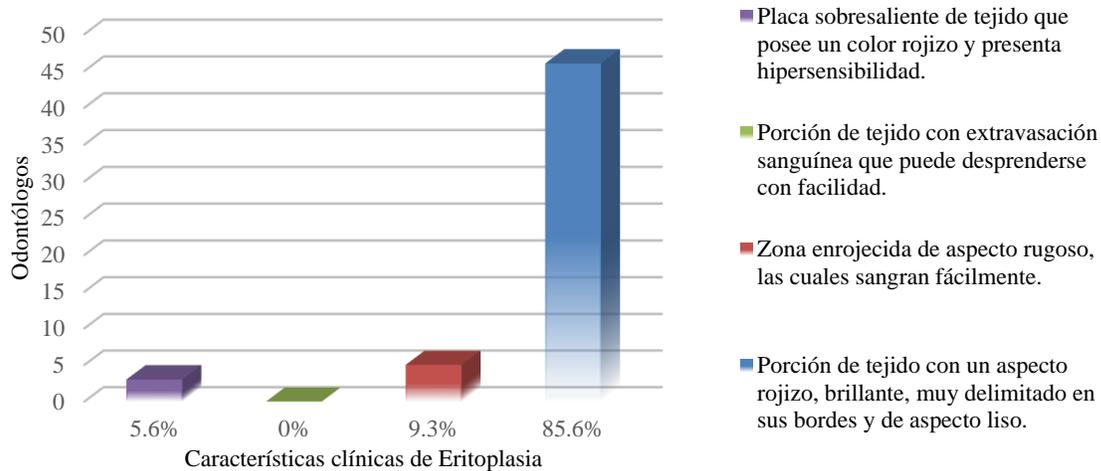


Gráfico 7. Información que poseen los odontólogos sobre las características clínicas de Eritroplasia.

Sin embargo, sólo un poco más de la mitad (53.7%) de los odontólogos respondieron correctamente lo que se refiere a los diagnósticos diferenciales de eritroplasia, seleccionando la opción de candidiasis atrófica, estomatitis subprotésica y lesiones traumáticas como quemaduras. (Gráfico 8)

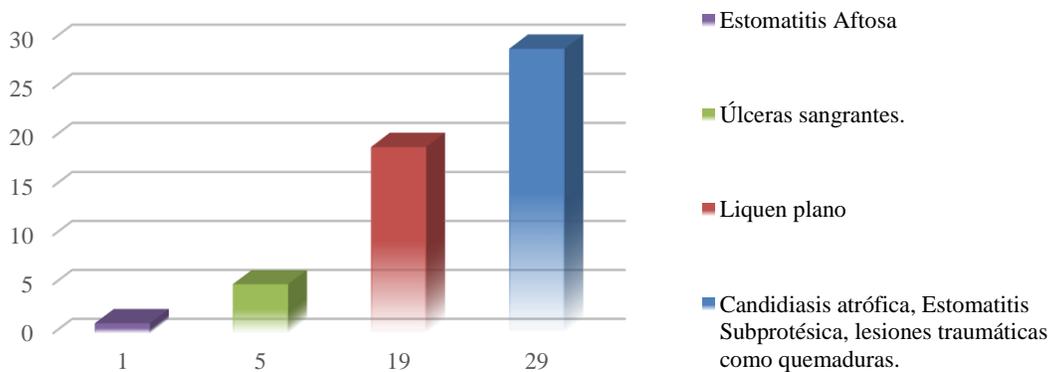


Gráfico 8. Información que poseen los odontólogos sobre el diagnóstico diferencial de Eritroplasia.

Por otra parte, casi todos (96.3%), conocen que eliminar y controlar los factores predisponentes, realizar biopsia para obtención de un diagnóstico definitivo y referir al especialista son las conductas adecuadas al sospechar de Eritroplasia y Leucoplasia en cavidad bucal. (Gráfico 9)

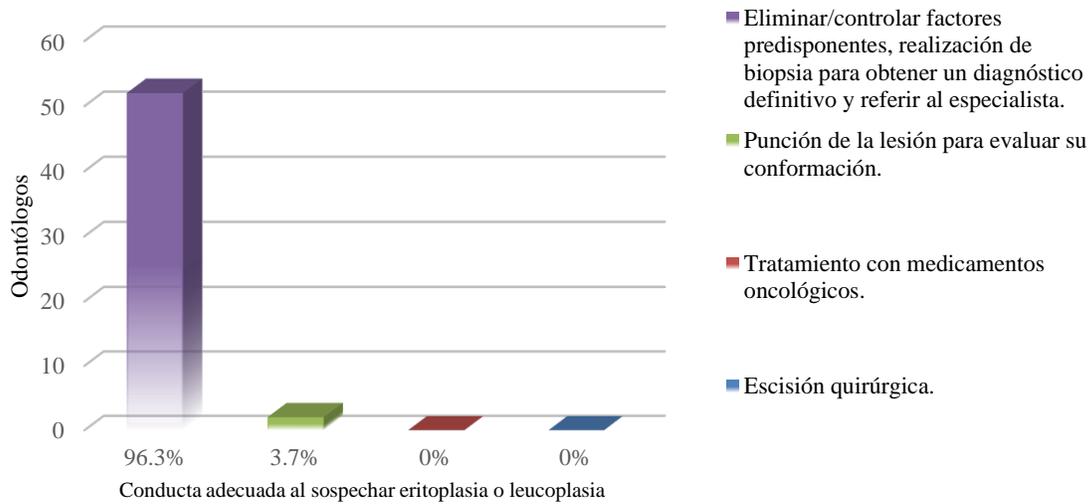


Gráfico 9. Información que poseen los odontólogos sobre la conducta a seguir al sospechar de Eritroplasia o Leucoplasia.

Por último, un 53,7% de los participantes seleccionó lo adecuado al describir el carcinoma espinocelular como la posible consecuencia de la evolución de una Eritroplasia y una Leucoplasia en cavidad bucal. (Gráfico 10)

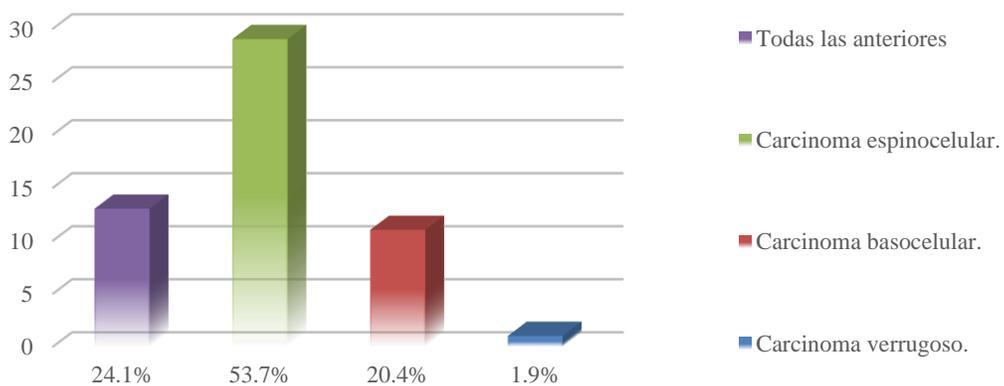


Gráfico 10. Información que poseen los odontólogos sobre la posible consecuencia de la evolución de una Eritroplasia y una Leucoplasia en cavidad bucal.

DISCUSIÓN

Luego de haber interpretado los resultados obtenidos de las cincuenta y cuatro encuestas aplicadas a odontólogos generales, que laboran en el sector privado del municipio Libertador de la ciudad de Mérida se considera que estos poseen información adecuada acerca de la leucoplasia y la eritroplasia como desórdenes potencialmente malignos, respondiendo correctamente la mayoría de las preguntas planteadas en el cuestionario (69.65%). Sin embargo, la definición de DPM, los diagnósticos diferenciales de la eritroplasia y la posible evolución a CEC de las dos lesiones, fueron los ítems de porcentaje más bajo en aciertos, por lo que existe carencias que deben ser atendidas respecto a esto.

Lo hallado en este estudio coincide con lo descrito por Amjad K *et al*⁴⁸, donde 68,3% de los odontólogos estudiados reconocieron la eritroplasia como uno de los signos tempranos de cáncer bucal. Difiere de lo encontrado por Stillfried *et al*⁴³, donde menos de dos tercios de los 264 encuestados fueron capaces de identificar la leucoplasia y la eritroplasia, como las dos lesiones cancerizables más frecuentes. Se han reportado estudios alrededor del mundo que han descrito las actitudes y prácticas de odontólogos en relación a la prevención del cáncer oral, los cuales sugieren que los odontólogos no detectan alteraciones orales de manera oportuna debido a una falta de información^{49,50}. Son geografías, culturas y sociedades distintas a pesar que son investigaciones hechas en los últimos años, se puede adjudicar la gran diferencia a las variaciones en la prevalencia de estas lesiones, lo que podría influir en los contenidos programáticos de las diferentes universidades.

La mayoría de los encuestados (81.5%) reporta tener más de 5 años de experiencia, mientras que el 18.5% tiene menos de 5 años laborando, lo que implica que la muestra estudiada fue variada con respecto al tiempo de ejercicio profesional. Cabe destacar, que contrario a lo esperado se determinó que aquellos con menor experiencia respondieron una mayor cantidad de preguntas correctamente, lo que pudiese asociarse a que tengan información más reciente procedente de su formación académica.

En lo que se refiere a la definición de los DPM, solo un 35,2% de los encuestados respondieron de manera acertada, mientras que el 46,3% se orientó por una definición ya en desuso. Esto debe ser un llamado de atención para promover la actualización de manera continua por parte del profesional de la salud, ya que las ramas en ciencias médicas son tan cambiantes como lo es el ser humano, la nueva definición es el producto de años de investigación clínica y teórica en la búsqueda para acercarse cada vez más a la situación real del padecimiento.

Un 61,1% conoce las zonas anatómicas más frecuentes de aparición en cavidad bucal de estas lesiones, lo que coincide con Amjad *et al*⁴⁸ quienes hallaron un 74,4% de acierto en relación con los sitios más comunes de localización de DPM, donde se mencionan bordes laterales de la lengua,

piso de boca, mucosa del carrillo y paladar blando. Resulta muy valioso en la detección temprana de neoplasias malignas, que el odontólogo cuente con información sobre los sitios de boca susceptibles a sufrir malignización, pues los mantiene en situación de alerta al hallar en el examen clínico lesiones en mencionadas zonas.

La mayoría de los odontólogos participantes (79,6%) conocen el uso de la técnica de la gasa para establecer el diagnóstico diferencial de leucoplasia con candidiasis, similar a lo descrito por Colella *et al*⁵¹ donde el 50% de los participantes conocen los métodos diagnósticos. Esta estrategia resulta de mucha ayuda como método de descarte: es económico, accesible, puede hacerse en el consultorio, requiere el mínimo de instrumental y pericia por parte del clínico y no lleva más que un par de minutos realizarla^{10,11,18}.

En relación con los factores de riesgo asociados a la aparición de los DPM un 98,1% concuerda que pacientes con hábitos de tabaco y alcohol, con prótesis mal adaptadas y con infecciones como el VPH y el VIH son más propensos a padecerlos. Resultados que coincide con otras investigaciones, como la de Stillfried *et al*⁴³ quienes obtuvieron que el 99,5 % de los participantes reconoció el tabaquismo y la presencia de lesiones precancerosas como factores de riesgo de cáncer oral y la de Amjad *et al*⁴⁸ quienes reportan que el 70% de los odontólogos estaban informados sobre los factores de riesgo comunes, además agregan también factores nutricionales a la lista, específicamente el bajo consumo de frutas y vegetales. La educación al paciente juega un rol fundamental en estas situaciones, pues es necesario su completa colaboración para controlar o eliminar los distintos factores que pueden constituir un riesgo, la terapia para el cese del tabaquismo y alcoholismo es una gran aliada, el explicar al paciente el carácter provisional de su prótesis y la importancia de sus visitas periódicas al consultorio dental es una estrategia sencilla, mientras que, el tratamiento oportuno de las distintas infecciones con manifestación bucal puede evitar su complicación con otras entidades patológicas.

El 53,7% respondió correctamente identificando al carcinoma espinocelular como el carcinoma más frecuente en cavidad bucal como consecuencia de eritroplasia y leucoplasia, a pesar de ser un poco más de la mitad, sigue considerándose regular la información que se tiene para este ítem. Igual a lo encontrado por Colella *et al*⁵¹ donde sólo el 58 % de los participantes identificó el carcinoma espinocelular como la forma más común de cáncer oral. Esto se traduce en que siguen existiendo carencias sobre el CEC en los odontólogos generales, lo que pudiese adjudicarse a la falsa creencia de que es un tipo de cáncer raro y que su porcentaje de aparición es bajo, cuando ya hay países en el mundo donde se ubica como el tercer tipo de cáncer más frecuente.

A pesar de esto, de manera favorable un 96.3% de los encuestados coinciden con que eliminar y controlar los factores predisponentes, realizar biopsia y referir al especialista son las conductas adecuadas que deben seguir los odontólogos generales al diagnosticar un DPM. Lo que se asemeja

a lo que Amjad *et al*⁴⁸. concluyen al encontrar que 97% de los odontólogos de su estudio refieren a sus pacientes al especialista luego del diagnóstico de DPM. Se podría interpretar que la mayoría de los odontólogos está en capacidad de detectar alteraciones sospechosas de malignidad de tipo leucoplasia y eritroplasia en mucosa bucal, reconocer el estudio histopatológico como el examen de excelencia al tratarse de diagnóstico definitivo y canalizar al especialista en medicina y patología bucal, quien será el encargado de establecer el plan de tratamiento junto con un equipo multidisciplinario y el posterior seguimiento de ese paciente a largo plazo.

CONCLUSIONES

Los odontólogos que laboran en el sector privado del Municipio Libertador de la ciudad de Mérida poseen información adecuada sobre la leucoplasia y eritroplasia como desórdenes potencialmente malignos frecuentes en cavidad bucal, lo que resulta alentador en la lucha contra el cáncer oral en la región. Están en lo acertado en relación con los factores predisponentes, los sitios más frecuentes de aparición, la identificación clínica y la correcta conducta a seguir luego del diagnóstico. Sin embargo, la definición de DPM, los diagnósticos diferenciales de la eritroplasia y la posible evolución a CEC de ambas lesiones, fueron los ítems con porcentaje más bajo en aciertos, por lo que es necesario resaltar la relevancia de la actualización constante en el desempeño profesional del odontólogo, lo que le permita contribuir al diagnóstico precoz de lesiones sospechosas, lo cual representa un pilar fundamental en la prevención de carcinoma.

Recomendaciones

Finalmente, a partir de estos resultados se recomienda fomentar programas de educación continua y actualización sobre desórdenes potencialmente malignos y su manejo en la atención primaria de salud bucal para los odontólogos del municipio y del estado, con el fin de mejorar la información que poseen contribuyendo así, a la prevención de cáncer bucal.

REFERENCIAS

1. Tovío EG, Carmona MC, Díaz AJ, Harris J, Lanfranchi HE. Expresiones clínicas de los desórdenes potencialmente malignos en cavidad oral. Revisión integrativa de la literatura. Univ Odontol. 2018 ene-jun; 37(78).
2. Araya C. Diagnóstico y prevención de cáncer de cavidad oral. Rev. Med. Clin. Condes - 2018; 29(4) 411-418.
3. Warnakulasuriya S, Johnson NW, Van Der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa: Potentially malignant disorders. J Oral Pathol Med. 2007;36(10):575-80.

4. Goodson M. Clinical presentation of oral mucosal premalignant lesions. Premalignant conditions of the oral cavity. [Internet] 2019 [citado 22 de Enero 2020]:185-208. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-981-13-2931-9_9
5. Renaud-Vilmer C, Calvelier-Balloy B. Les lésions précancéreuses épithéliales buccales. *J. annders*. 2017;144:100-108. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2016.07.017>
6. Warnakulasuriya S. Clinical features and presentation of oral potentially malignant disorders. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. 2018: 1-32. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2018.03.011>.
7. López J, Omaña C, Jané E. Precáncer y cáncer bucal. *Med clin (Barc)*. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2014.11.014>
8. Scully C. Challenges in predicting which oral mucosal potentially malignant disease will progress to neoplasia. *Oral Diseases*. 2014;20(1):1-5. <https://doi.org/10.1111/odi.12208>
9. García-Pola Vallejo M.J., García Martín J.M., Seoane Leston J. Enfoque del diagnóstico y tratamiento de la leucoplasia oral. *Artículos Originales Otorrinolaringología*. 2015;1:1-8.
10. González Moles M.A., González Ruiz L. Leucoplasia oral, una revisión de los aspectos esenciales de su diagnóstico y tratamiento. *Actual Med*. 2018;103:44-46.
11. Bermúdez J. Lesión precancerosa: leucoplasia bucal. Reporte de caso. *Rev Venez Invest Odont IADR*. 2013; 1 (2):110-120.
12. Cardentey J, González X, Piloto A, Díaz L, Páez Y. Lesiones bucales premalignas en adultos mayores atendidos en la clínica estomatológica "Ormani Arenado Llonch". *Revista electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*. 2017; 42 (4).
13. Cunha de Medeiros H, Sampaio N, Dos Santos J, Costa de Medeiros A, Dantas da Silveira E, Da Costa M. Potentially malignant oral lesions: clinicopathological correlations. *Einstein*. 2016;14 (1): 35-40.
14. Napier S, Speight P. Natural history of potentially malignant oral lesions and conditions. *J Oral Pathol Med*. 2008. (37): 1-10.
15. Yardimci G, Kutlubay Z, Engin B, Tuzun Y. Precancerous lesions of oral mucosa. *World J Clin Cases*. 2014;2(12):866-872.
16. Messadi D. Diagnostic aids for detection of oral precancerous conditions. *International Journal of Oral Science*. 2013; 5:59-65.

17. Álvarez E, Duque C. Lesiones bucales potencialmente malignas. Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de cabeza y cuello. 2013;41(1): 51-56
18. Calva C. Estudio patológico de las lesiones premalignas o preneoplásicas de los tejidos blandos en la cavidad bucal. 2013.
19. Amagasa T, Yamashiro M, Uzawa N. Oral premalignant lesions: from a clinical perspective. Int Clin Oncol. 2011;16:5-14.
20. García Y, González M, Crespo A. Lesiones premalignas y malignas en el complejo bucal en La Palma, Pinar del Río. Rev ciencias Médicas. 2018; 22 (6):1059-1068.
21. Van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; present concepts of management. Oral Oncology. 2010;46:423-425.
22. 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.
23. Costamagna R. Nivel de conocimiento sobre cáncer oral de estudiantes de odontología del cuarto y quinto año de las universidades de Tacna. [Internet] 2014 [citado 18 de septiembre 2019] disponible en: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2131/593_2015_costamagna_lopez_ra_fac_s_odontologia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. Estrada G, Zayas O, González E, González C, Castellanos G. Diagnóstico clínico e histopatológico de la eritroplasia bucal. MEDISAN. 2010; 14 (4): 433-438.
25. Villa A, Villa C, Abati S. Oral cancer and oral erythroplakia: an update and implication for clinicians. Australian Dental Journal. 2011;56:253-258. <https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2011.01337.x>
26. Boza Y. Carcinoma oral de células escamosas. ODOVTOS- International Journal Of Dental Sciences. 2016; 18 (1): 61-67.
27. Rogert I, Martínez N, Palomino K, Carranza E, Pompa Y. Intervención educativa sobre factores de riesgos para lesiones premalignas de la cavidad bucal. Multimed. 2017; 21 (5): 639-654.
28. Valentín F, Rodríguez G, Conde H, Vila D. Intervención educativa sobre el programa de detección del cáncer bucal en estomatólogos generales. Rev Med Electron. 2017;39(2):259-268.

29. Rodríguez G, Valentín F, Conde H, Vila D. Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en un sector de la población. Rev Med Electron. 2017;(2)39.
30. Villa R. Nivel de conocimiento sobre cáncer oral en los cirujanos dentistas del distrito de Trujillo, Región la Libertad [Internet]. 2016.[citado el 22 de Enero 2020]. Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/5193/NIVEL_CONOCIMIENTO_CANCER_ORAL_VILLA_PEREZ_ROSMERY_VICENTA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
31. Pulgar L Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en estudiantes del último ciclo de odontología de una universidad peruana [Internet]. 2016. [citado el 26 de Enero 2020]. Disponible en http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2729/1/pulgar_mlg.pdf
32. Doncel C, Méndez M, Betancourt D, Castillo A. Conocimientos sobre el cáncer bucal en pacientes de Estomatología. Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]. 2014 [citado 26 de enero 2020]; 43(1):52-60. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedmil/cmm-2014/cmm141g.pdf>
33. Arnaoutakis D, Bishop J, Westra W, Califano J. Recurrence patterns and management of oral cavity premalignant lesions. Oral Oncology.2013;49:814-817. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2013.04.008>
34. Rossi L, Colasanto S. Clinical considerations and statistical analysis on 100 patients with oral lichen planus. Minerva Stomatol 2000; 49(9):393-8.
35. Hernández Palacios RD, Solis M, Galves G, Rios J, Gómez Y. Citología exfoliativa y biopsia en la cavidad bucal. Zaragoza: UNAM, 2000:65-9.
36. Lambert R, Sauvaget C, Cancela M, Sankaranarayanan R. Epidemiology of cancer from the oral cavity and oropharynx. European journal of Gastroenterology & Hepatology. 2011;23 (8): 633-641.
37. Izaguirre P. Nivel de conocimiento sobre cáncer oral de estudiantes del último año de la carrera profesional de odontología de tres universidades de Lima [Internet]. 2012. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2812/Izaguirre_pp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
38. Steele T, Meyers A. Early Detection of Premalignant Lesions and Oral Cancer. Otolaryngol Clin N Am. 2011; 44(1):221-229. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2010.10.002>

39. Arenas P, Duque C, Foronda A, Montes L, Montoya V, Montoya J, Giraldo C, Velez L, Gonzalez S. Papel del odontólogo en la detección temprana del cáncer oral [Internet]. 2016. [citado el 03 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/jspui/bitstream/10946/3301/1/Papel%20%20Odont%C3%B3logo%20Detecci%C3%B3n%20Temprana%20C%C3%A1ncer%20Oral.pdf>
40. Ogden G, Lewthwaite R, Shepherd S. Early Detection of Oral Cancer: How Do I Ensure I Don't Miss a Tumour?. Dent Update. 2013; (40): 462-465.
41. Singh S, Deshmukh A, Chaturvedi P, Krishna C. In vivo Raman spectroscopic identification of premalignant lesions in oral buccal mucosa. Journal of Biomedical Optics[Internet].2012[citado el 03 de marzo de 2020];17(10). Disponible en: <https://www.spiedigitallibrary.org/journals/Journal-of-Biomedical-Optics/volume-17/issue-10/105002/iIn-vivo-i-Raman-spectroscopic-identification-of-premalignant-lesions-in/10.1117/1.JBO.17.10.105002.full?SSO=1>
42. Awan K, Yang Y, Morgan P, Warnakulasuriya S. Utility of toluidine blue as a diagnostic adjunct in the detection of potentially malignant disorders of the oral cavity – a clinical and histological assessment. Oral Diseases, 2012.
43. Molsalves M, Raposo A, Aravena P, Sanhueza A. Frecuencia de Autoexamen y Nivel de Conocimiento de los Pacientes en Relación a las Lesiones de la Mucosa Oral en Temuco, Chile. Int J. Odontostomat. 2010;4(1): 13-18.
44. Albornoz C, Rivero O, Bastian L. Avances en el diagnóstico de las lesiones cancerizables y malignas del complejo bucal. Revista Archivo Médico de Camaguey [Internet]. 2010 [citado el 20 de mayo de 2020]; 14 (5): 1025-0255. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v14n5/amc190510.pdf>
45. Stillfried A, Rocha A, Colella G, Escobar E. Cáncer Oral y Dentistas: Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Chile. Int J. Odontostomat [Internet]. 2016 [citado el 21 de mayo de 2020]; 10 (3): 521-529. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v10n3/art21.pdf>
46. Arias F. El Proyecto de Investigación: Guía para su elaboración. 3ra. ed. Caracas: Episteme; 1999.
47. Hernández S, Fernández C, Baptista L. Metodología de la Investigación. México, D.F.:McGraw- Hill Interamerica; 2003.

48. Amjad K, Anwar A, Malik Y, Sukhia H. Knowledge, attitude and practice of dental practitioners in Karachi regarding oral cancer. *Pakistan Oral & Dental Journal*. 2018;38(4): 503-512.
49. Abdullah-Jaber, M. Dental practitioner's knowledge, opinions and methods of management of oral premalignancy and malignancy. *Saudi Dental J*. 2011;23(1):29-36.
50. Hertrampf, K.; Wenz, H.-J.; Koller, M. & Wiltfang, J. Comparing dentists' and the public's awareness about oral cancer in a community-based study in Northern Germany. *J. Cranio-Maxillo-Facial Surg*. 2012;40(1): 28-32.
51. Colella, G.; Gaeta, G. M.; Moscariello, A. & Angelillo, I. F. Oral cancer and dentists: Knowledge, attitudes, and practices in Italy. *Oral Oncology*. 2008;44(4): 393-9.