

Patología de Labios

Flor Gonet¹, Jairo Correa², yesicaandrea², andmarina.rocamundi²

¹Facultad de Odontología, UNC

²Affiliation not available

September 20, 2019

Palabras clave: anatomía patológica, cáncer, desórdenes potencialmente malignos, edema de Quincke, estomatología, FLAP, gránulos de Fordyce, labios, herpes, malformaciones, microstomía, mucocele, neoplasias, odontología, patología.

INTRODUCCIÓN

La patología de los labios es muy diversa y puede ser del conocimiento del odontólogo y del especializado en Estomatología. Pueden encontrarse en ellos malformaciones congénitas que acontecen durante el desarrollo, o bien presentarse lesiones adquiridas por la acción de diferentes agentes o causas mórbidas, de complejidad o gravedad diversa.

Contenidos

Malformaciones:

- Labio leporino
- Fisura labioalvéolopalatina (FLAP)
- Labio doble, microstomía.

Queilitis:

- Queilitis glandulares y no glandulares.
- Queilitis agudas y crónicas.
- Queilitis cancerizables.
- Queilitis comisural.

- Edema de Quincke.
- Gránulos de Fordyce.
- Mucocele.
- Herpes labial.
- DPM.
- Neoplasias benignas de Labio.
- Cáncer del labio. Evolución. Pronóstico. Diagnósticos diferenciales.

DESARROLLO

Malformaciones

Fisura Labio Alveolo Palatina (FLAP)

Es una de las malformaciones congénitas más frecuentes. Durante la 4° y 5° semana se forman los arcos branquiales compuestos por mesénquima, internamente ectodermo y externamente endodermo. Luego migran las células de la cresta neural a los arcos que darán origen al tejido conectivo, incluyendo cartílago y hueso. A los 37 días es posible observar cinco procesos: uno frontonasal, dos maxilares y dos mandibulares que darán origen a la cara (paladar primario). La fisura labial se debe a una falla entre los procesos frontonasal y maxilar que crecen, contactan y se fusionan de acuerdo a una información precisa en tiempo y posición, para dar origen a una lámina epitelial media que se transforma en tejido mesenquimático. La fusión de los procesos maxilares con los nasales medios forman el labio superior, ocurriendo apoptosis de células superficiales, adhesión de los epitelios basales formándose una lámina epitelial media y transformación de sus células en tejido mesenquimático que migran a los epitelios oral y nasal.

El paladar secundario se desarrolla a partir de dos proyecciones mesenquimáticas (conchas palatinas) que se extienden desde la cara interna de las prominencias maxilares, las cuales crecen y se fusionan en la línea media; se produce la fisura palatina cuando falla la fusión, ya sea por ausencia de la fuerza de penetración del tejido conectivo, interferencia mecánica ejercida por la lengua o diferencias de tamaño de las partes afectadas. El paladar blando y la úvula se forman como una extensión posterior de los procesos palatinos. El agujero incisivo se considera la línea divisoria entre las deformaciones anteriores (labio hendido y proceso alveolar), se denominan afecciones del paladar primario; y posteriores, denominadas del paladar secundario.



Figure 1: Fisura labio alveolo palatina

Labio leporino

Se define como labio leporino o hendido, fisura labial o queilosquisis al defecto facial que involucra el cierre incompleto del labio, unilateral, bilateral o medial, generalmente lateral a la línea media. La incidencia de labio leporino es mayor en los varones. Los factores asociados con esta malformación congénita se pueden reunir en dos grandes grupos: ambientales y genéticos. Los ambientales, pueden ser físicos, químicos o biológicos y que, por alterar el desarrollo embriológico causando malformaciones, se denominan teratógenos. Los genéticos, dependiendo del origen racial las malformaciones son variables, desde 1 en 500 nacimientos en poblaciones asiáticas, a 1 en 2,500 en raza negra y 1 en 1,000 entre caucásicos, hispánicos y latinos. El labio leporino puede tener varios grados o tipos: a) una pequeña muesca en el borde labial superior; b) fisura labial aislada con escasa alteración maxilar, pero habitualmente con mala implantación y mala oclusión dentaria y deformidad del ala nasal como alteraciones secundarias de la secuencia, lo mismo que la fisura palatina, c) formas graves de la queilosquisis y queilognatosquisis con gran deformidad bucal: labio leporino completo y bilateral. Entre las complicaciones inmediatas están las dificultades en la alimentación, en las medias alteraciones auditivas (infecciones o hipoacusia debido a una disfunción y horizontalización de las trompas de Eustaquio, que conecta el oído medio con la faringe).



Figure 2: Labio leporino

Labio Doble

El labio doble es una rara entidad clínica que se presenta como un exceso de tejido mucoso labial que puede ocasionar alteraciones funcionales, estéticas o ambas . Se caracteriza por una redundancia de la mucosa labial visible al abrir la boca o al sonreír. Su origen puede ser congénito o adquirido y afecta principalmente al labio superior, uni o bilateralmente, pero puede afectar también al labio inferior o incluso a los dos labios .Su incidencia es desconocida, pudiendo aparecer de forma aislada o en asociación con otras anomalías.

El labio doble se produce por un hipertrofia de la zona interna de la mucosa labial y no contiene por tanto fibras musculares.

Puede aparecer de forma aislada o en asociación con otras malformaciones congénitas como el Síndrome de Ascher, que además presenta blefarocalasia y aumento asintomático del tiroides. Otras condiciones que pueden asociarse son: úvula bífida, fisura palatina, queilitis glandular y alteraciones vaculares.



**Fig. 1. Paciente de 27 años. Labio superior doble con brida central.
Lábio superior duplo com constrictão central.**

Figure 3: Labio doble

Microstomía

La microstomía es una disminución de la apertura bucal que se debe a la formación de bridas cicatrizales en la mucosa de revestimiento, en la piel de la región labial, principalmente en las comisuras labiales, así como a la obliteración del vestíbulo bucal.

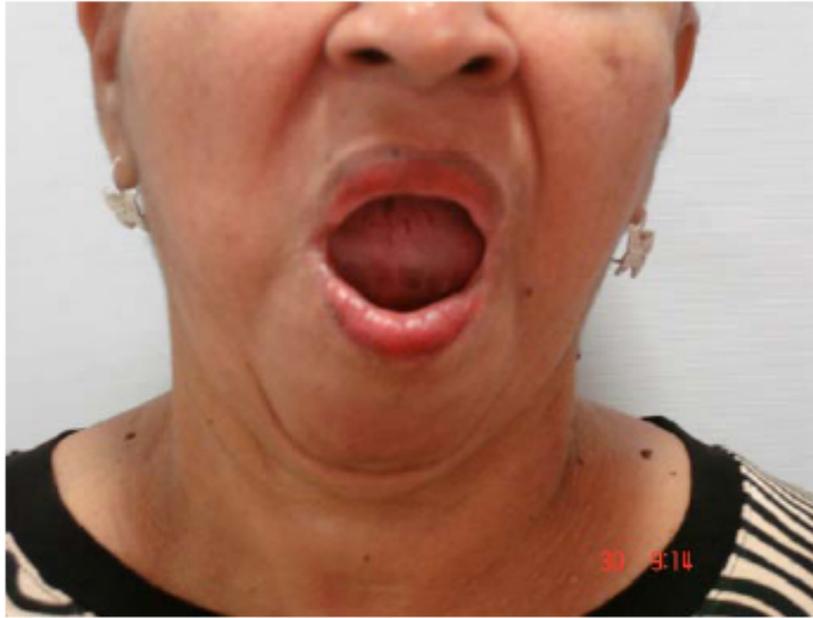


Foto 1. Microstomía con limitación de la apertura oral a 2.5 cm

Figure 4: Microstomía

Queilitis

Queilitis Glandulares

La queilitis glandular se considera una alteración inflamatoria crónica de las glándulas salivales menores, habitualmente localizada en el área mucosa del labio inferior. Según el grado de afectación se distinguen tres variantes. Una variante simple, caracterizada por un agrandamiento labial en el que se identifican los ostia de las glándulas salivales en forma de pápulas que drenan un líquido viscoso y claro tras la presión y que con frecuencia solidifica formando una costra. Una segunda variante supurativa superficial, en la que el exudado es purulento y, generalmente, se acompaña de induración y dolor. Y, finalmente, una variante supurativa profunda en la que se encuentran abscesos profundos acompañados de trayectos fistulosos. Las diferentes variantes se consideran estadios evolutivos de la misma enfermedad.

La causa QG sigue siendo desconocida. Una alteración primaria local y endógena de las glándulas salivales menores (heterotopia x hiperplasia) siempre fue comentada, mas no comprobada. La enfermedad se presenta casi exclusivamente en personas de piel clara, especialmente en albinos, lo que sugiere que además de los posibles factores genéticos, la agresión crónica por los rayos UV es importante en la patogénesis de la QG. En la histología se observa elastosis solar, atipia epitelial y características microscópicas de carcinoma epidermoide incipiente. En la lámina propia se observo edema, congestión vascular e intensa fibrosis y elastosis solar; aspectos que deberían contribuir a la manifestación clínica de macroqueilia. El análisis histopatológicos de las glándulas salivales labiales extirpadas mostró un patrón de sialoadenitis crónica asociada a la presencia de dilatación ductal y lobular. Los conductos excretores demostraron ectasia y metaplasia. El diagnóstico diferencial debe hacerse con otras formas de queilitis como la queilitis actínica (con la cual se asocia a menudo), queilitis artefacta, queilitis granulomatosa y queilitis relacionada con diversas dermatosis (dermatitis

de contacto, dermatitis atópica, psoriasis, liquen plano, lupus eritematoso.) La QG es mucho más rara que todas esas otras enfermedades.

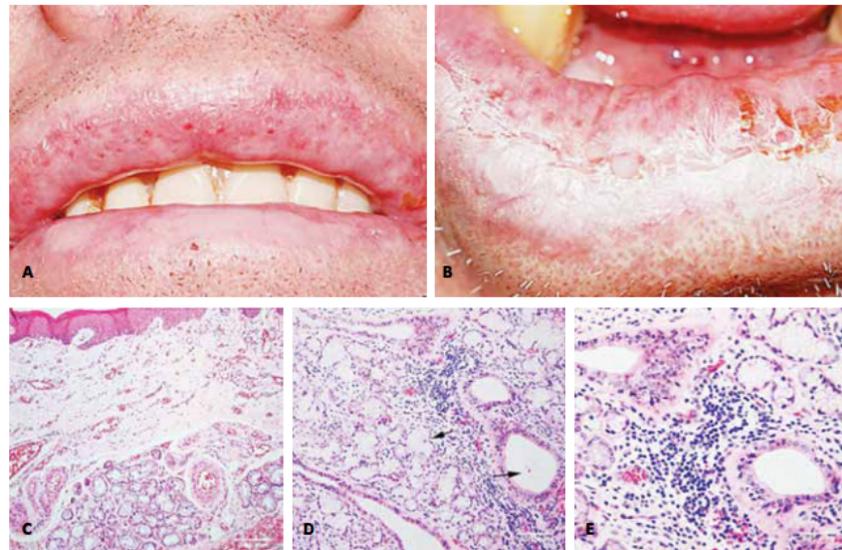


Figura 1. A. Queilitis glandular en un paciente albino: presencia de ostiolos glandulares dilatados en la semimucosa, B. Saliva espesa eliminada en gotitas en el labio inferior. C, D y E. Aspectos histopatológicos de las glándulas salivales menores en queilitis glandular: lóbulos mucosos superficializados en lámina propia, congestión vascular (C); sialoadenitis lobular focal y ectasia ductal (flechas) (D, E).

Figure 5: Queilitis glandular

Queilitis Comisural o Angular

El término queilitis es el más común para designar estados inflamatorios de la submucosa labial o comisuras labiales en forma de boqueras. Es una inflamación que se localiza en las comisuras labiales con eritema y formación de costras en la que se puede instalar la *Candida albicans*. Esta alteración tiene mayor prevalencia en sujetos que presentan pliegues profundos en las comisuras. La lesión del pliegue final del labio en un ambiente de humedad propicio para la colonización de la *Candida*, forma una membrana blanquecina, que al limpiarla con una gasa deja un fondo nacarado y brillante. Esta lesión de los labios algunos autores la clasifican dentro de las formas de presentación de la candidiasis. La candidiasis es la micosis más frecuente de la boca que aparece en la infancia, aunque puede atacar a adultos, provocando placas blancas adherentes distribuidas irregularmente en la mucosa bucal. La queilitis puede evolucionar en pacientes dentados y desdentados, en los que la disminución de la altura facial oclusiva favorece el contacto continuo con la saliva, que pudiera deberse a que la reducción de la altura y el ajuste de los labios entre sí, y parte de la piel próxima a las comisuras, forman un pliegue que se mantiene húmedo por la saliva, se macera y se infecta.

Puede ser bilateral y se asienta en las comisuras bajo la forma de erosión epidérmica en abanico, es muy rebelde y sujeta a recidivas incesantes, involucra el fisuramiento y ruptura de los ángulos de la boca. Es frecuente y se observa en niños diabéticos, etílicos cirróticos, en personas con pérdida de dimensión vertical y en pacientes con carencia de vitaminas del complejo B. En la infección por VIH, la queilitis angular con candidiasis es una manifestación de la enfermedad que se presenta en 1 de cada 10 pacientes con VIH.



Figure 6: Queilitis comisural

Queilitis cancerizables

Queilitis actínica

La queilitis actínica es una lesión inflamatoria crónica del labio causada por la acción de los rayos solares. Debido a su lenta progresión, el paciente relaciona el proceso con una consecuencia del envejecimiento, ignorando su naturaleza evolutiva y cancerígena.

Las señales clínicas de queilitis actínica, a veces son sutiles, pero pueden causar incomodidad e inconvenientes, siendo el diagnóstico precoz de la lesión, importante para reducir los riesgos del desarrollo del cáncer. Es mucho más común en hombres con actividades al aire libre. Personas con pigmentación melánica son menos afectadas por la radiación actínica. En la queilitis actínica crónica, el enrojecimiento del labio se presenta con placas de hiperqueratosis entremezcladas con áreas irregulares de eritema. La descamación persistente y la sensación de sequedad pueden estar presentes y representan un problema para el paciente. La pérdida de la línea mucocutánea del labio da como resultado que la zona se observe bien adherida a planos profundos. La queilitis actínica se clasifica como aguda, subaguda y crónica, siendo la queilitis actínica aguda, la más rara y episódica, pudiendo ocurrir en forma leve, moderada o intensa, manifestándose después de una exposición máxima al sol. El mecanismo patógeno consiste en una clásica reacción fototóxica y quemadura de la temperatura del tejido por influencia en la vasodilatación, precipitando la aparición de edemas y de eritemas seguidos de descamación, expresándose clínicamente por vesículas, pliegues y ulceraciones, que caracterizan la forma más severa, llevando al individuo a una sintomatología significativa en lo relativo a la alimentación y al habla. La forma subaguda se manifiesta de forma menos alarmante, con cierto edema, pero, sobre todo, en un aumento hiperqueratósico. Generalmente se resuelve, aunque puede persistir la sequedad y escamas del labio en los meses de verano. No obstante la mayoría parece curarse completamente.

La forma crónica de queilitis actínica es más peligrosa por la falta de síntomas, dejando al individuo inadvertido. Puede ser consecuencia de las formas aguda o subaguda, pero también puede surgir como consecuencia de repetidas exposiciones al sol. El enrojecimiento del labio se presenta recubierto por una superficie de mucosa fina, pálida, frecuentemente con áreas atróficas, pliegues, erosiones o ulceraciones superficiales, las cuales tienden a lacerarse. El diagnóstico diferencial de las lesiones inflamatorias de los labios puede ser difícil, y en muchas oportunidades la primera impresión clínica no se coincide con el diagnóstico final. En el caso de QA se deben considerar las siguientes patologías en el diferencial: p rúrigo actínico, herpes labial, eritema multiforme, líquen plano erosivo, lupus eritematoso.

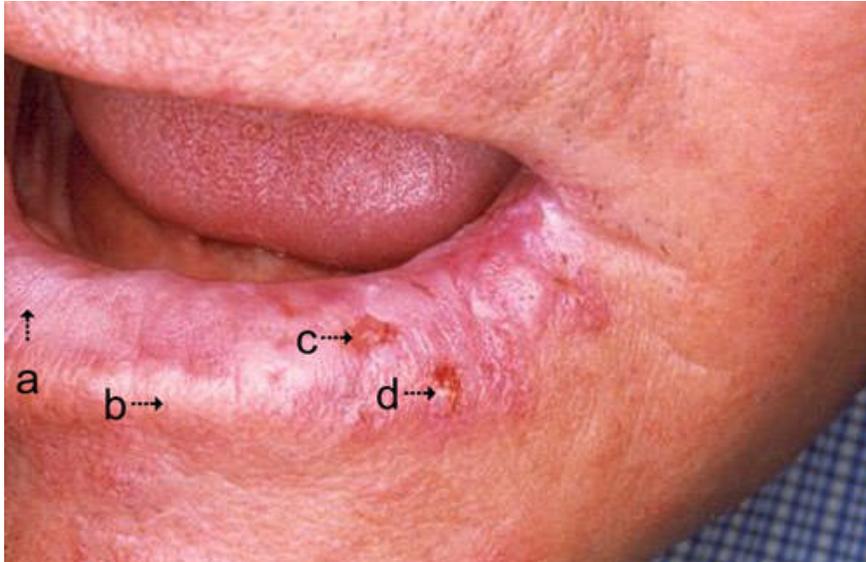


Figure 7: Queilitis actínica

Queilitis crónicas

Las queilitis crónicas se observan después de los 40 años en la semimucosa del labio inferior, preferentemente en el sexo masculino, raza blanca, ojos claros, expuestos al aire libre. El labio donde asienta una queilitis crónica de característica precancerosa tiene un aspecto clínico particular. Es un labio evertido, con flaccidez muscular o sin tonismo muscular, en el que se han perdido los límites precisos entre la mucosa y semimucosa y de ésta con la piel. Las lesiones que se presentan generalmente son combinadas, con escasa o ninguna sintomatología, que en ocasiones muestra sectores atróficos, leucoplásicos o pequeñas costras hemáticas, que alternan entre períodos de mejoramientos y recidivas, pero a las que el paciente resta importancia y no trata. La queilitis presenta un epitelio atrófico o hiperplasia focal e irregular con una superficie de paraqueratosis u ortoqueratosis. Puede haber cambios displásicos variables. La característica es una basofilia súbita de la submucosa y la aparición de vasos telangiectásicos. Las lesiones sobre la semimucosa labial pueden ser únicas o múltiples. Para su mejor comprensión pueden clasificarse según predomine una u otra lesión elemental. Así podemos señalar:

- * Queilitis exfoliativa o descamativa.
- * Queilitis fisuradas o con grietas.
- * Queilitis abrasivas o erosivas.
- * Queilitis mixtas o combinadas.

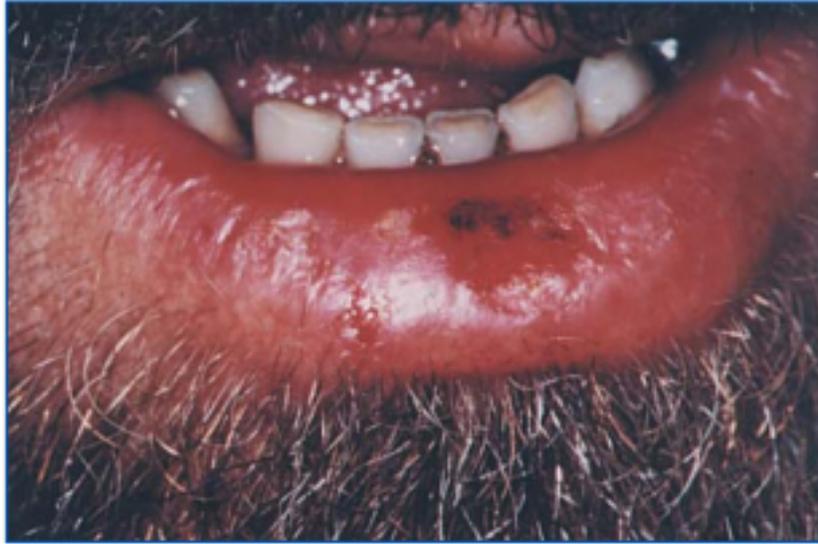


Figura 3. Queilitis crónica. Se observa una zona erosiva central de larga evolución con exposición prolongada a los rayos UV.

Figure 8: Queilitis crónica

Mucocele

Los mucocelos son lesiones comunes de la mucosa oral que aparecen como resultado del vaciamiento de mucina salival en los tejidos blandos colindantes con formación de tejido de granulación. Dado que estos quistes carecen de una cápsula epitelial verdadera se les clasifica como pseudoquistes. Su localización más común es el labio inferior donde se hallan el 60% de ellos. Clínicamente suelen ser pequeños, fluctuantes y asintomáticos. El tratamiento consiste en la exéresis incluyendo la glándula salival menor. Son lesiones benignas de la cavidad oral que se producen por la extravasación de un material mucoso procedente de las glándulas salivales menores, secundario generalmente a un traumatismo en la zona. Se ha descrito una mayor incidencia en pacientes jóvenes.



Figure 9: Mucocele

Edema de Quincke

El angioedema también conocido por su epónimo edema de Quincke y por el término antiguo edema angio-neurótico se caracteriza por la rápida hinchazón (edema) de la piel, las mucosas y los tejidos submucosos. Aparte de su forma común, inducida por alergia, se ha registrado como efecto secundario de algunos medicamentos, en especial de los antiinflamatorios no esteroides y algunos hipotensores como el enalapril. Otra forma de presentarse es el angioedema hereditario.

La piel de la cara, los labios, los párpados y la mucosa de la boca, y, a veces, la garganta y la lengua, se inflaman durante un período que puede ir de unos minutos a varias horas. La tumefacción puede ocurrir en otras zonas, como las manos o los genitales. A veces la urticaria aparece simultáneamente. Si afecta la glotis puede producir el llamado estridor con alteración de la voz y dificultad para respirar que puede llegar a la asfixia.



Figure 10: Edema de Quincke

Gránulos de Fordyce

Los granos de Fordyce son pequeños puntos amarillentos o blanquecinos, que pueden surgir en los labios, en el interior de las mejillas o en los genitales, que surgen de forma natural y no presentan consecuencias para la salud.

Estos granos son glándulas sebáceas que aumentan de tamaño y, por lo tanto, pueden surgir a cualquier edad, siendo más frecuentes en la pubertad debido a los cambios hormonales. No está relacionado con el VIH, herpes, enfermedades de transmisión sexual, verrugas genitales o cáncer.



Figure 11: Gránulos de Fordyce

Herpes Labial

El herpes labial, también llamado «herpes febril», es una infección viral frecuente. Se trata de pequeñas ampollas llenas de líquido sobre los labios o alrededor de ellos. Estas ampollas a menudo se agrupan formando manchas. Una vez que se rompen las ampollas, se forma una costra sobre la úlcera resultante. El herpes labial generalmente se cura en dos a cuatro semanas sin dejar cicatriz.

El herpes labial puede contagiarse de una persona a otra por contacto cercano, por ejemplo, al besarse. Es causado por el virus del herpes simple (VHS-1) estrechamente relacionado con el que causa el herpes genital (VHS-2). Estos dos virus pueden afectar la boca o los genitales y pueden transmitirse a través del sexo oral. El herpes labial es contagioso aunque no veas las úlceras.

No existe cura para la infección por el virus del herpes simple y las ampollas pueden regresar. La medicación antiviral puede ayudar a que el herpes labial se cure más rápidamente y puede hacer que reaparezca con menos frecuencia.



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED

Figure 12: Herpes Labial

Desórdenes potencialmente malignos

La queilitis actínica es una lesión potencialmente maligna inflamatoria crónica del labio causada por la acción de los rayos solares. Debido a su lenta progresión, el paciente relaciona el proceso con una consecuencia del envejecimiento, ignorando su naturaleza evolutiva y cancerígena. En la queilitis actínica crónica, el enrojecimiento del labio se presenta con placas de hiperqueratosis entremezcladas con áreas irregulares de eritema. La descamación persistente y la sensación de sequedad pueden estar presentes y representan un problema para el paciente. La pérdida de la línea mucocutánea del labio da como resultado que la zona se observe bien adherida a planos profundos. Con el tiempo este engrosamiento se vuelve más pronunciado, y el eritema se torna más evidente, la hiperqueratosis más evidente pueden formar pequeñas úlceras lo que hace más lento el proceso de curación. Se realiza una citología exfoliativa y en el caso una biopsia para descartar el cáncer. Clínicamente todas las lesiones de queilitis actínica presentan aspectos multifocales y ninguna característica debe ser subestimada aunque parezca inofensiva, pues no hay correlación entre los aspectos clínicos y el diagnóstico histopatológico indicativos de displasias o carcinoma In situ o espinocelular.



Figure 13: Papiloma bucal en labio

Neoplasias benignas de labio

Se trata de una serie de entidades que se caracterizan por un crecimiento anormal en la boca o lengua con poca probabilidad de extenderse a otras partes del cuerpo. Las neoplasias benignas de la boca en los labios generalmente se presentan solos y crecen muy lentamente durante un periodo de 2 a 6 años. Los signos y síntomas más frecuentes son: un bulto en cualquier parte del labio, puede ulcerarse y sangrar. El diagnóstico de una entidad anormal en la cavidad oral es lo más importante y se debe identificar su naturaleza benigna o maligna, ayudados por una correcta historia y exploración clínica, aunque el diagnóstico definitivo que nos permitirá valorar el pronóstico y llevar a cabo una terapéutica adecuada, será la biopsia y el estudio histopatológico.

Queratoacantoma: Es una neoplasia epitelial benigna, aun cuando algunas veces presenta muestras de crecimiento invasivo. El tumor de células espinosas empieza en la forma de un pequeño nódulo semiesférico, se desarrolla bastante rápido formando un abultamiento central y al cabo de un mes o a los dos meses alcanza su tamaño completo, que puede sobrepasar varios centímetros. En casos típicos existe un cráter central relleno de masa córnea cercado por un borde indurado e hinchado. Aparece especialmente en la piel expuesta al sol y con menos frecuencia en la unión mucocutánea.

Es más frecuente en varones y preferentemente entre los 50-70 años de edad. Se debe realizar el diagnóstico diferencial con el carcinoma de células espinosas. La evolución es favorable ya que se suele producir la recurrencia espontánea. Aunque se suele eliminar quirúrgicamente para confirmar su diagnóstico de manera histológica.

Papiloma: Es el tumor epitelial benigno más frecuente de la mucosa oral pero en los labios no es muy habitual. Puede aparecer a cualquier edad sin diferencia entre sexos. Los papilomas escamosos se manifiestan como lesiones de superficie rugosa, parecidas a una coliflor, cuyo tamaño no suele superar un centímetro. Debido a una cierta tendencia a recidivas, se aconseja la escisión en sano.

Verruga vulgar: Estas verrugas, generalmente inducidas por los virus del papiloma humanos tipo 1, 2 y 4, aparecen en niños (a menudo en edades escolares), jóvenes y adultos y se hallan preferentemente en las manos y dedos. Pueden aparecer de forma solitaria o múltiple, igualmente en cara como en cualquier parte

de la piel. Hallazgos no tan inusuales se originan también en los labios y en la mucosa oral, donde van a parar probablemente a través del contacto con las verrugas de las manos. Las verrugas orales tienen un color más blanquecino y una estructura vellosa, de manera que no se diferencian clínicamente de los papilomas.



Figure 14: Verrugas vulgares en labios

Cáncer del labio

Evolución. Pronóstico. Diagnósticos diferenciales.

A nivel del labio, se distinguen el carcinoma espinocelular del borde bermellón, mucosa labial y comisura, existiendo en cada uno distintos factores para su aparición, siendo la ubicación más común el borde de bermellón. Éste por lo general se presenta en personas con piel clara que permanecen muchas horas al día expuestas a radiación UV y con historia de daño causado por el sol a temprana edad, considerándose el factor de mayor riesgo la exposición crónica al sol como ocurre en trabajos en sectores rurales o al aire libre. Esta exposición puede desarrollar queilitis actínica a nivel del labio inferior, lesión que es considerada potencialmente maligna y puede transformarse en un carcinoma espinocelular. Otros factores de riesgo son fumar tabaco, presencia de virus (EBV, CMV, HSV, HPV), factores genéticos, inmunosupresión y estado socioeconómico.

Las lesiones se presentan en labio inferior entre comisura y línea media con un aspecto de costra, no dolorosa, que puede o no estar ulcerada y con bordes indurados que suele ser de menos de un cm en su diámetro mayor cuando es descubierta. Las características histopatológicas de un tumor pueden diferir ampliamente de un área a otra y se considera que una de las informaciones diagnósticas más útiles pueden ser deducidas del Frente de Invasión Tumoral (FIT), que es donde residen presumiblemente las células tumorales más agresivas, determinando la naturaleza biológica del cáncer. Una vez que se forma la tumoración, se inicia la angiogénesis, proceso presente en células neoplásicas del tumor primario y se refiere a la formación de nuevos vasos sanguíneos producidos a partir del crecimiento y ramificación de vasos sanguíneos preexistentes. Según presencia o ausencia de metástasis, existieron diferencias significativas respecto a la sobrevida, demostrando que aquellos pacientes que poseían metástasis al momento del diagnóstico vivieron menos tiempo, con una sobrevida de sólo 35% a los cinco años. Si el diagnóstico se realiza en etapas tempranas las tasas de curación van de 80% a 90% y la mortalidad presenta 10% a 15% de ocurrencia. Por otra parte, cuando ya existe metástasis es porque el diagnóstico fue tardío, en cuyo caso el promedio de sobrevida a los cinco años cae

a 25%. Esto se debe principalmente a que si el carcinoma presenta metástasis es difícil su erradicación completa, ya que continuamente aparecerán nuevos focos en diferentes partes del cuerpo.

Para diagnosticar y estadificar el cáncer de labio se pueden utilizar las siguientes pruebas y procedimientos:

- Examen físico de los labios y la cavidad oral: examen que se realiza para determinar si hay áreas anormales en los labios y la cavidad oral. El médico o el odontólogo palparán todo el interior de la boca con un dedo enguantado y examinarán la cavidad oral con un pequeño espejo de mango largo y una luz. Este procedimiento incluirá revisar el interior de las mejillas y los labios, las encías, el techo y el piso de la boca, y los costados de la lengua. Se palpará el cuello para determinar si hay ganglios linfáticos inflamados. También se anotarán los antecedentes de los hábitos de salud del paciente, y las enfermedades y tratamientos médicos y dentales anteriores.
- Biopsia: extracción de células o tejidos con el fin de que un patólogo los observe bajo un microscopio. Si se encuentra leucoplasia, las células tomadas de los parches también se examinan al microscopio para determinar si hay signos de cáncer.
- Citología exfoliativa: procedimiento que se realiza para tomar muestras de células del labio y la cavidad oral. Se raspan suavemente las células de los labios, la lengua, la boca o la garganta con un trozo de algodón, un cepillo o un palillo pequeño de madera. Se observan las células al microscopio para determinar si son anormales.
- Resonancia Nuclear Magnética: procedimiento para el que se utiliza un imán, ondas de radio y una computadora para crear una serie de imágenes detalladas de áreas internas del cuerpo.
- Exploración por Tomografía Computarizada (TAC): procedimiento mediante el cual se toma una serie de imágenes detalladas del interior del cuerpo, desde ángulos diferentes. Las imágenes son creadas por una computadora conectada a una máquina de rayos X. Se inyecta un tinte en una vena o se ingiere, a fin de que los órganos o los tejidos se destaquen más claramente.

Diagnóstico diferencial:

- Queilitis actínica: Lesión premaligna del labio. Nunca presenta infiltración. Esto es difícil de apreciar si se trata de lesiones costrosas, por lo cual es aconsejable eliminarlas previamente a realizar la palpación.
- Herpes simple labial (recurrente): precisamente la característica recurrente de esta enfermedad infecciosa establece la diferencia clínica más importante.
- Liquefación plana de mucosas: Se trata de una enfermedad inflamatoria crónica de las mucosas. En general se manifiesta como máculas blanquecinas reticuladas, en labios, mucosa yugal y lengua, en ocasiones acompañadas de erosiones dolorosas. Sólo en casos excepcionales puede desarrollarse un carcinoma sobre estas lesiones.



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

Figure 15: Cáncer de labio

CONCLUSIÓN

Las patologías que pueden asentar en la cavidad oral, más precisamente en la región labial son variadas y de distinta etiología. Hay malformaciones que se desarrollan en una etapa prenatal, como lo son el labio leporino y la FLAP, y al momento del nacimiento están desarrolladas en boca. Su tratamiento se realizará cuando existan las condiciones requeridas. A su vez existen patologías tales como mucoceles o queilitis (que se pueden transformar en cáncer), que si son diagnosticadas con tiempo o son tratadas antes de que se vuelvan malignas, su resolución es favorable.

Así es la gran importancia de asistir a la consulta odontológica esporádicamente, para que el profesional odontólogo pueda hacer una detallada inspección de la cavidad oral, a fines de hacer un diagnóstico temprano o tratamiento de patologías que puedan llegar a comprometer la vida del paciente en el futuro, como por ejemplo el cáncer de labio.

BIBLIOGRAFÍA

[Cáncer del labio](#)

Desórdenes potencialmente malignos

Edema de Quincke

FLAP

Gránulos de Fordyce

Herpes labial

Labio Doble

Microstomía

Mucocele

Neoplasias de labio

Queilitis Glandulares

Queilitis Comisural

Queilitis Crónica

Queilitis Actínica