

Revista de la Asociación Dental Mexicana

Volumen **60**
Volume

Número **1**
Number




Enero-Febrero **2003**
January-February

Artículo:




Úlcera eosinofílica de la lengua.
(Reporte de un caso clínico)

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Asociación Dental Mexicana, AC

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com



Úlcera eosinofílica de la lengua. (Reporte de un caso clínico)

Liliana Vizcaya Barraza,* José
Martín Núñez Martínez,* José
Martín Toranzo Fernández,**
Reynaldo Falcón Escobedo***

* Residente del Segundo Año de la Es-
pecialidad de Cirugía Maxilofacial.

** Jefe del Departamento de Cirugía
Maxilofacial del Hospital Central y de
la Facultad de Estomatología de la
UASLP.

*** Jefe del Departamento de Anatomía
Patológica del Hospital Central y Facul-
tad de Medicina de la UASLP. San Luis
Potosí, México.

Resumen

El propósito de este trabajo es describir un caso clínico de úlcera eosinofílica de la lengua en una mujer de 71 años y hacer énfasis en sus características clínicas e histológicas, así como en el diagnóstico diferencial, con carcinoma epidermoide cuyo tratamiento y pronóstico es diferente. Otras entidades con las que puede confundirse incluyen: tuberculosis, histoplasmosis, chancro, infiltración leucémica, linfoma, etc. Se destaca la importancia de la biopsia y el establecimiento del diagnóstico correcto.

Palabras clave: Úlcera eosinofílica, patología, diagnóstico.

Abstract

The purpose of this paper is to describe a clinical case of eosinophilic ulcer of the tongue in a woman of 71 years of age and emphasize in the histological and clinical characteristic as a differential diagnosis with the epidermoid carcinoma which the prognostic and treatment is completely different.

Other diseases that can be confuse clinically will be tuberculoses, histoplasmoses, etc. We emphasized how important is the biopsy and establish a correct diagnosis.

Key words: Eosinophylic ulcer, oral pathology, diagnosis.

Introducción

En 1857 Carderelli, describió por primera vez esta condición llamándola afta cachettica, posteriormente Riga señaló algunos de sus aspectos importantes, en 1890 Fede describió el primer caso con estudio histológico y propuso el término a esta lesión de enfermedad de Riga-Fede.¹ En 1961 Hjorting-Hansen y Schmidt⁶ describieron tres casos de úlcera en lengua con características similares a la úlcera eosinofílica y utilizaron el término de granuloma eosinófilo ulcerado diutinium y en 1964 Baskar y Lilly^{2,5,6} informaron siete casos de la entidad con el mismo patrón histológico, la denominaron granuloma traumático lo que ha dado motivo a confusión en el diagnóstico clínico e histológico de la lesión.³ Otros nombres con los que ha sido designada la lesión son: úlcera eosinofílica, granuloma ulcerativo traumático con estroma eosinofí-

lico³ y en los pacientes pediátricos esta lesión es conocida como: enfermedad de Riga-Fede, crecimiento sublingual en infantes, úlcera sublingual, granuloma sublingual y lesión reparativa de la lengua.¹

La úlcera eosinofílica es una lesión poco frecuente, de etiología desconocida, de tiempo de evolución variable, que puede presentarse a cualquier edad.^{3,4} Se caracteriza clínicamente por una úlcera, generalmente en borde lateral o cara ventral de la lengua, de bordes bien definidos, de uno a tres centímetros, limitada por un halo blanquecino e indurada a la palpación, casi siempre con historia de trauma, y asintomática; la edad oscila de los 14 a los 77 años, con una media de 39 años y distribución sexual variable.

Aunque muestra predilección por la lengua, también puede presentarse en labio inferior, mucosa yugal, encía y paladar. En los infantes es común localizarla en cara ventral de la lengua.^{3,4}

Histológicamente se trata de una úlcera con infiltrado inflamatorio predominantemente a expensas de eosinófilos que habitualmente se extiende a submucosa y a la muscular.^{3,4}

Caso clínico

Paciente femenino de 71 años de edad, en tratamiento con naproxeno desde tres meses antes por osteoartrosis. Se presentó en la consulta de cirugía maxilofacial con historia de úlcera en borde lateral derecho de lengua de cuatro semanas de evolución. Fue multitratada sin mejoría (*Figura 1*). Cinco días antes de acudir a nuestro hospital se agregó dolor ardoroso posterior a aplicación tópica de antiséptico bucal. Al examen clínico se confirmó úlcera en el borde lateral derecho de la lengua de 1 cm de diámetro, rojiza en la parte central y rodeada de un halo blanquecino (*Figura 2*). A la palpación los bordes eran indurados, sin datos de infiltración profunda, la mucosa lingual adyacente de la úlcera, fue ligeramente



Figura 1. Aspecto facial de la paciente.



Figura 2. Vista clínica de la ulceración en dorso de lengua.



Figura 3. Aspecto clínico de la lesión 2 semanas después de su tratamiento.

eritematosa. El resto de la cavidad oral con anodoncia parcial, con bordes irregulares y aristas cortantes en molares inferiores derechos que se encontraban en contacto con la lesión. La impresión clínica fue de carcinoma epidermoide vs úlcera eosinofílica.

La biopsia excisional mostró una reacción inflamatoria intensa, con franco predominio de polimorfonucleares eosinófilos, con neutrófilos e histiocitos en menor proporción y proliferación vascular moderada. El proceso ulceraba el epitelio escamoso suprayacente y se extendía hacia la profundidad hasta el músculo estriado. No se encontraron elementos neoplásicos ni fenómenos granulomatosos. El diagnóstico fue de úlcera eosinofílica de lengua.

Ocho días después de la cirugía la paciente regresó y se le realizaron odontectomías vecinas, se inició la rehabilitación bucal. Tres semanas después el sitio de la biopsia se encontró totalmente epitelizado, sin recurrencia y sin aparición de otras lesiones en el resto de la mucosa bucal (*Figura 3*).

Discusión

La etiología propuesta ha sido el trauma¹⁻⁸ no se asocia a eosinofilia en la biometría hemática y se conoce poco acerca de su fisiopatogenia. Probablemente se trata de una respuesta peculiar, pero inespecífica del tejido conectivo vascularizado a la agresión, como ocurre con reacciones inflamatorias con eosinófilos destacados en otras localizaciones. Recientemente se ha descrito pérdida de la síntesis de TGF- α y TGF- β 1 en eosinófilos en úlceras eosinofílicas de la cavidad oral, lo cual compromete el proceso de cicatrización normal.⁹ Es posible la participación de un proceso complejo de mediadores biológicos dentro de los cuales el microambiente tenga un papel importante para explicar el predominio de eosinófilos, sin embargo son necesarios aún muchos estudios de investigación para aclarar la fisiopatogenia de la úlcera eosinofílica.⁹

La úlcera eosinofílica de la lengua es una entidad poco frecuente y que por lo tanto no se sospecha fácilmente desde el punto de vista clínico y pocas veces es considerada dentro del diagnóstico diferencial en las lesiones ulceradas de la boca.

Un dato clínico relevante a tomar en cuenta es la historia de trauma y el hallazgo de restos radiculares, malposición dentaria, prótesis desajustadas, etcétera, a la exploración física.^{3,4}

El diagnóstico diferencial debe hacerse fundamentalmente con carcinoma epidermoide cuyo tratamiento y pronóstico es diferente.⁵ Otras entidades con las que puede confundirse clínicamente incluyen: tuberculosis, úlcera aftosa mayor, chancro sifilítico, infiltración leucémica, linfoma, etc.^{4,6,7} Histopatológicamente en el diagnóstico diferencial deben de ser consideradas las lesiones eosinofílicas, tanto locales como sistémicas, dejando claro que el granuloma eosinofílico facial es una entidad nosológica independiente, así como las úlceras tuberculosas de la cavidad bucal.^{3,4}

Nuestro caso tiene características similares a las descritas por otros autores; es importante señalar que esta entidad es más comúnmente mencionada en textos de dermatología y patología quirúrgica que en los de patología bucal.² Lo cual es una circunstancia desafortunada ya que en muchas ocasiones no es tomada en cuenta como posibilidad diagnóstica dentro de las lesiones ulceradas de la mucosa oral.

Probablemente el hecho de que haya sido informada con diferentes nombres ha contribuido a confusión y al desconocimiento de esta entidad.

El abordaje de estas lesiones puede ser mediante biopsia excisional, con fines de diagnóstico, pero el tratamiento definitivo es la eliminación del factor traumático y rehabilitación bucal. El pronóstico es bueno, ya que estas lesiones son benignas, reactivas y usualmente solitarias.^{3,5,8}

Bibliografía

1. Curt G. Neonatal sublingual traumatic ulceration (Riga-Fede disease). Reports of cases. *J of Dentistry for Children* 1996; 63: 362-364.
2. Gordon HB et al. Eosinophilic ulcer of the tongue. Report of two cases. *Arch Dermatol* 1977; 113: 644-645.
3. Elzay PR et al. Traumatic ulcerative granuloma with stromal eosinophilia (Riga-Fede's disease and traumatic eosinophilic granuloma). *Oral Surg* 1983; 55: 497-506.
4. Sklavounou A et al. Eosinophilic ulcer of the oral mucosa. *Oral Surg* 1984; 58: 431-436.
5. McDaniel RK et al. Reparative lesion of the tongue. *Oral Surg* 1978; 45: 266-272.
6. Song M et al. Eosinophilic ulcer of the tongue. *Arch Dermatol* 1973; 108: 133.
7. Tornes K et al. Traumatic eosinophilic granuloma of the gingiva. *Oral Surg* 1974; 38: 99-102.
8. Snyder SR et al. Traumatic granuloma of the tongue. *Oral Surg* 1973; 36: 397-400.
9. Elovic AE et al. Lack of TGF- α and TGF- β 1 synthesis by human eosinophils in chronic oral ulcers. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 1996; 81: 672-681.