



# PIEL

## FORMACION CONTINUADA EN DERMATOLOGIA

[www.elsevier.es/piel](http://www.elsevier.es/piel)



### Casos para el diagnóstico. Soluciones

## Lesión ulcerada en la lengua. Diagnóstico y comentario

### Ulcerated lesion on the tongue. Diagnosis and comment

#### Diagnóstico

Úlcera eosinofílica de la mucosa oral.

#### Evolución y tratamiento

Se realizó tratamiento con prednisona 30 mg/d en pauta descendente con resolución completa de la lesión a las 4 semanas.

#### Comentario

La úlcera eosinofílica (UE) de la mucosa oral es una lesión poco frecuente y autolimitada que se localiza generalmente en la lengua. Fue descrita inicialmente por Riga en 1881 y caracterizada histológicamente por Fede en 1890. Se han utilizado diferentes nombres para referirse a ella en la literatura, como enfermedad de Riga-Fede en niños, granuloma traumático de la lengua y granuloma eosinofílico de la lengua entre otros, debiéndose tener siempre en cuenta entre los diagnósticos diferenciales de las lesiones ulceradas de la mucosa oral<sup>1</sup>.

La incidencia es similar en ambos sexos o ligeramente superior en mujeres según algunas series<sup>2</sup>. Puede aparecer a cualquier edad siendo más frecuente entre la cuarta y la sexta década de la vida. Más de la mitad de las lesiones aparecen en la lengua, habiéndose descrito además en otras localizaciones como labios, mucosa bucal, paladar, encías y suelo de la boca. Clínicamente se caracteriza por la aparición de úlceras redondeadas de bordes sobreelevados e indurados, aunque también es posible que se presente como una simple induración mucosa. Las lesiones pueden ser asintomáticas o muy dolorosas. Generalmente son lesiones únicas aunque se han descrito múltiples y recurrentes<sup>3</sup>.

Histológicamente se caracteriza por una superficie ulcerada cubierta con exudado fibrinopurulento y un denso infiltrado compuesto predominantemente por eosinófilos y en cantidad variable por linfocitos, plasmocitos e histiocitos, que se extiende difusa y profundamente en la mucosa y submucosa, llegando a afectar el plano muscular, apareciendo las fibras

musculares edematosas y con alteraciones degenerativas. En la base de la úlcera puede observarse tejido de granulación y numerosos capilares con células endoteliales prominentes<sup>1-4</sup>.

La etiopatogenia de la UE sigue siendo desconocida. El factor traumático ha sido el más frecuentemente implicado. Bhaskar y Lilly<sup>5</sup> desarrollaron lesiones histológicamente similares en la lengua de ratas albinas tras traumatismos repetidos. Sin embargo, en menos del 50% de los casos se identifica antecedente traumático. Otros autores postulan que el trauma puede contribuir a iniciar una reacción inmune local mediada por células T<sup>4</sup>. También se ha publicado algún caso de UE con linfocitos atípicos CD30+ comportándose como un simulador de enfermedades linfoproliferativas CD30+<sup>6</sup>.

Se han empleado múltiples tratamientos para la UE como extirpación quirúrgica, electrocoagulación, criocirugía, corticoides o radioterapia. Sin embargo, dada la naturaleza benigna y la evolución hacia la resolución espontánea en semanas o meses, actualmente se prefiere la abstención terapéutica<sup>1,2</sup>.

#### Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial debe plantearse con los siguientes procesos:

**Carcinoma epidermoide.** En la mucosa oral afecta con mayor frecuencia el labio inferior, pero también pueden producirse en la lengua, suelo de la boca o sobre lesiones inflamatorias crónicas. Se relaciona con la exposición a radiación ultravioleta, tabaquismo, falta de higiene oral e inmunosupresión. Se presenta en forma de pápulas, placas o nódulos de color carnosos, rosados o rojos. Su superficie puede ser lisa, queratósica o ulcerada. En las mucosas tienen mayor tendencia a recidivar y metastatizar. Histológicamente encontramos atipia citológica con hipercromasia, núcleos agrandados, aumento del número de nucleolos y mitosis irregulares. Es característica la presencia de perlas cónreas.

**Leucemia y linfoma.** En pacientes con leucemias agudas pueden producirse extensas ulceraciones lingüales profundas e irregulares con superficie necrótica asociada a áreas de equimosis. La hipertrofia gingival difusa, firme y no dolorosa

puede estar causada por la infiltración del tejido conjuntivo de las encías por células leucémicas característico de leucemias monocíticas o mielomonocíticas. Los linfomas de la cavidad oral suelen ser de tipo B y se presentan como masas blandas de crecimiento lento, a veces ulceradas.

**Sífilis.** Infección crónica, adquirida por vía sexual, producida por *Treponema pallidum*. La lesión primaria o chancre aparece después de un periodo de incubación de 2-3 semanas y suele ser una úlcera indurada, bien delimitada e indolora acompañada de adenopatías regionales y que cura en pocas semanas. En el estudio anatomopatológico encontramos ulceración y un infiltrado dérmico difuso de células plasmáticas, linfocitos e histiocitos. El microscopio en campo oscuro permite la detección visual de espiroquetas móviles en las lesiones. Las pruebas serológicas para la sífilis serán positivas.

**Estomatitis aftosa.** La forma mayor se caracteriza por ulceraciones grandes que en ocasiones alcanzan los 3 cm y se asocia a dolor oral importante y en ocasiones fiebre y malestar general. Las aftas persisten varias semanas y pueden curar con cicatriz. La anatomía patológica es inespecífica. El empleo de corticoides tópicos suele controlar la enfermedad.

**Lupus eritematoso cutáneo crónico.** Es una de las formas más frecuentes de lupus cutáneo. Afecta frecuentemente cara, cuero cabelludo y orejas. En algunas ocasiones afecta mucosas como labios y otras zonas de la boca. Puede dejar cicatriz y volverse desfigurante. El estudio anatomopatológico muestra un marcado infiltrado linfohistiocitario perivascular y perianexial en dermis, engrosamiento de la membrana basal y cuerpos coloides.

**Granuloma de la línea media.** Linfoma de células asesinas naturales que afecta a la vía aerodigestiva alta en forma de

placas o nódulos ulcerados, además de la piel, el sistema nervioso central y el músculo esquelético. En el estudio histológico se observa un infiltrado perivascular denso de linfocitos atípicos que expresan CD56.

#### B I B L I O G R A F Í A

1. Rodriguez Diaz E, Alvarez Cuesta C, Blanco Barrios S, Galache Osuna C, Requena Caballero C. Dermatoses eosinofílicas (I). Actas Dermosifiliogr. 2003;94(2):65-79.
2. Mezei MM, Tron VA, Stewart WD, Rivers JK. Eosinophilic ulcer of the oral mucosa. J Am Acad Dermatol. 1995;33:734-40.
3. Vélez A, Alamillos FJ, Dean A, Rodas J, Acosta A. Eosinophilic ulcer of the oral mucosa: report of a recurrent case of the tongue. Clin Exp Dermatol. 1997;22:154-6.
4. El-Mofty SK, Swansin PE, Wick MR, Miller AS. Eosinophilic ulcer of the oral mucosa. Report of 38 new cases with immunohistochemical observations. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1993;75:716-22.
5. Bhaskar SN, Lilly GE. Traumatic granuloma of the tongue (human and experimental). Oral Surg Med Oral Pathol. 1964;18:206-18.
6. Segura S, Romero D, Mascaró JM, Colomo L, Ferrando J, Estrach T. Eosinophilic ulcer of the oral mucosa: another histological simulator of CD30+ lymphoproliferative disorders. Br J Dermatol. 2006;155:460-3.

Izaskun Trebol Urra\*, María Asunción Arregui Murua y Ricardo Soloeta Arechavala

Servicio de Dermatología, Hospital Santiago Apóstol, Vitoria, Álava, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: itrebur@aedv.es (I. Trebol Urra).

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.piel.2009.11.016

doi:10.1016/j.piel.2009.11.018

## Lesión ulcerada en el cuero cabelludo. Diagnóstico y comentario

### Ulcerated lesion on the scalp. Diagnosis and comment

#### Diagnóstico

Tiña inflamatoria del cuero cabelludo por *Trichophyton erinacei*.

#### Evolución y tratamiento

Una vez recibido el resultado positivo del cultivo micológico se inicia un tratamiento con terbinafina por vía oral de 62,5 mg/día durante 6 semanas, asociado a prednisona por vía oral durante las primeras dos semanas del tratamiento. La

lesión mejora rápidamente, dejando una zona cicatricial alopecia. Reinterrogando a la paciente, la niña tenía contacto con un conejo, probable fuente del contagio.

#### Comentario

La tiña inflamatoria del cuero cabelludo o querion de Celso es la dermatofitosis más frecuente en la edad pediátrica<sup>1</sup>. El agente responsable más común varía en función de la localización geográfica. En EE.UU. en la mayoría de las tiñas de la cabeza se