

CARTA CLÍNICA

Ampolla de contenido hemático a nivel lingual



Blood-filled blister on tongue

Presentamos el caso de una mujer de 55 años de edad que acudió al Servicio de Urgencias por la aparición brusca de una ampolla a nivel lingual. No presentaba antecedentes médicos relevantes ni había introducción reciente de nuevos fármacos. La paciente negaba asimismo traumatismos locales en la zona.

En la exploración física presentaba una ampolla tensa de contenido hemorrágico de 12 mm de diámetro a nivel del borde lateral lingual (fig. 1). No presentaba lesiones ampollas ni erosivas en el resto de la mucosa orolingual ni tampoco a nivel cutáneo. La paciente presentó resolución de la lesión en 24 h, sin aparición posterior de nuevas lesiones.

Basándonos en estos hallazgos, se realizó el diagnóstico de angina bullosa hemorrágica.

El cuadro de angina bullosa hemorrágica fue descrito inicialmente por Badham et al. en el año 1967¹. Se trata probablemente de un cuadro infradiagnosticado y se caracteriza por la aparición brusca de una o varias lesiones ampollas tensas, de contenido hemático, a nivel de la mucosa oral o faríngea. Estas pueden llegar a alcanzar un tamaño de 3 cm y la localización más frecuente es en la unión del paladar blando con el paladar duro, pero también es frecuente encontrarlas a nivel de la cara ventral o lateral lingual². Dichas ampollas suelen romperse espontáneamente, dejando una erosión asintomática que cura de forma espontánea en un plazo de una a 2 semanas.

Aunque infrecuente, también se ha descrito obstrucción de la vía aérea superior en casos de una lesión de gran tamaño en la mucosa orofaríngea³.

Las recidivas son frecuentes –aproximadamente en el 30% de los pacientes– y no necesariamente en la misma localización⁴.

Suele aparecer en individuos de mediana edad o ancianos, con un ligero predominio del sexo femenino⁵, y se han descrito numerosos factores precipitantes: traumas locales menores, uso crónico de corticoides inhalados, amalgamas dentales o piezas dentales con bordes afilados, o uso previo de técnicas endoscópicas⁶. También se ha relacionado con la diabetes mellitus⁴. No obstante, en numerosos pacientes



Figura 1 Ampolla tensa de contenido hemático en cara lateral lingual.

no se logra encontrar un claro factor desencadenante, como ocurrió en nuestro caso.

En este cuadro no se encuentran alteraciones analíticas a nivel de hemograma o coagulación, a diferencia de las ampollas hemorrágicas en pacientes trombopénicos, que además suelen acompañarse de otros síntomas como epistaxis, equimosis o hemorragias gingivales. A nivel histopatológico se ha descrito la presencia de ampollas subepidérmicas de contenido hemático con un infiltrado inflamatorio dérmico inespecífico ocasional. En ocasiones el infiltrado inflamatorio es predominantemente neutrofílico².

En la mayoría de las ocasiones no es necesario tratamiento activo, ya que las ampollas se rompen espontáneamente sin aparición posterior de cicatriz residual⁷.

Es importante saber reconocer esta entidad benigna tanto en Atención Primaria como en los servicios de Urgencias para poder realizar un diagnóstico precoz y diferenciarla de otros cuadros que también cursan con lesiones ampollas a nivel de la mucosa oral, como la dermatosis IgA lineal, el liquen plano ampolloso, el penfigoide ampolloso, la epidermolisis ampollosa, el exantema fijo medicamentoso o las ampollas hemorrágicas traumáticas⁶. También se han descrito ampollas hemorrágicas en el contexto de leucemias, vasculitis y trastornos hematológicos, y lesiones similares en el contexto de la amiloidosis nodular a nivel oral⁸. La presencia de una lesión única, una rápida curación

y la ausencia de cicatriz residual deben orientarnos hacia el diagnóstico de angina bullosa hemorrágica.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

El presente trabajo no ha recibido financiación de ningún tipo.

Conflicto de intereses

Todos los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Badham NJ. Blood blisters and the oesophageal cast. *J Laryngol Otol.* 1967;81:791–803.
2. Beguerie JR, Gonzalez S. Angina bullosa hemorrhagica: Report of 11 cases. *Dermatol Reports.* 2014;6:5282.
3. Pahl C, Yarrow S, Steventon N, Saeed NR, Dyar O. Angina bullosa haemorrhagica presenting as acute upper airway obstruction. *Br J Anaesth.* 2004;92:283–6.
4. Sashikumar B, Reddy RR, Harish M. Oral hemorrhagic blister: An enigma. *Indian J Dermatol.* 2013;58:407.
5. Maté Sánchez de Val CM, Delgado García A, Requena Ferrer RM, Schmucke Fortty E, Boksan M. Angina bullosa hemorrágica. *Semergen.* 2015;41 (Espec Congr):1680 [consultado 23 Abr 2017]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-congresos-37-congreso-nacional-semergen-22-sesion-rea-dermatologia-2073-comunicacion-angina-bullosa-hemorragica-22312>
6. Brajon D, Bagnères D, Berbis P, Rossi P. Angina bullosa haemorrhagica. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016;30:190–1.
7. Horie N, Kawano R, Inaba J, Numa T, Kato T, Nasu D. Angina bullosa hemorrhagica of the soft palate: A clinical study of 16 cases. *J Oral Sci.* 2008;50:33–6.
8. Vaillant L, Fontès V. Bullous diseases of the oral mucosa. *Rev Prat.* 2002;52:385–8.

I. Hernández Aragüés*, P. Vilas Boas, A. Sánchez Herrero y R. Suárez Fernández

Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ignaciohdezaragues@gmail.com

(I. Hernández Aragüés).