

Nódulo ovoide en lengua

Ovoid nodule in tongue

Erick A. Bravo,^{1,2} Nathaly Bar,² Rossana Mendoza²

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 61 años de edad, natural y procedente de Chincha, presenta un curso de enfermedad de seis meses, caracterizado por aparición de lesión asintomática de lento crecimiento en la base de la lengua. Entre los antecedentes de importancia, se encontró hipertensión y diabetes *mellitus* en tratamiento. No reporta historia de alergias ni de transfusiones, ni hábitos nocivos.

EXAMEN CLÍNICO

Regular estado general, lesión nodular única ubicada en el borde proximal derecho de lengua, de 20 mm de diámetro con un color nacarado y superficie brillante. Figuras 1 y 2.

No se evidenciaron adenopatías submandibulares, el resto del examen físico fue no contributorio

EXÁMENES AUXILIARES

Lo exámenes de Hemograma, perfil hepático, perfil bioquímico y niveles de IgE resultaron dentro de rangos normales.

ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO

Se realizó una biopsia en cuña. En la histopatología, se observó hiperplasia epidérmica con focos de infiltración linfocítica; a mayor aumento, se encontró proliferación y dilatación de pequeños vasos con estroma compuesto por

infiltrado inflamatorio compuesto por eosinófilos, linfocitos y algunos histiocitos, endotelio prominente, sin presencia de vasculitis.



Figura 1. Nódulo en el borde lateral derecho de lengua. A) Lengua dentro de la cavidad oral. B) Lengua en protrusión.

1. Instituto de Investigaciones Clínicas, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
2. Departamento de Dermatología, Hospital Nacional Luis N. Sáenz. Lima, Perú.

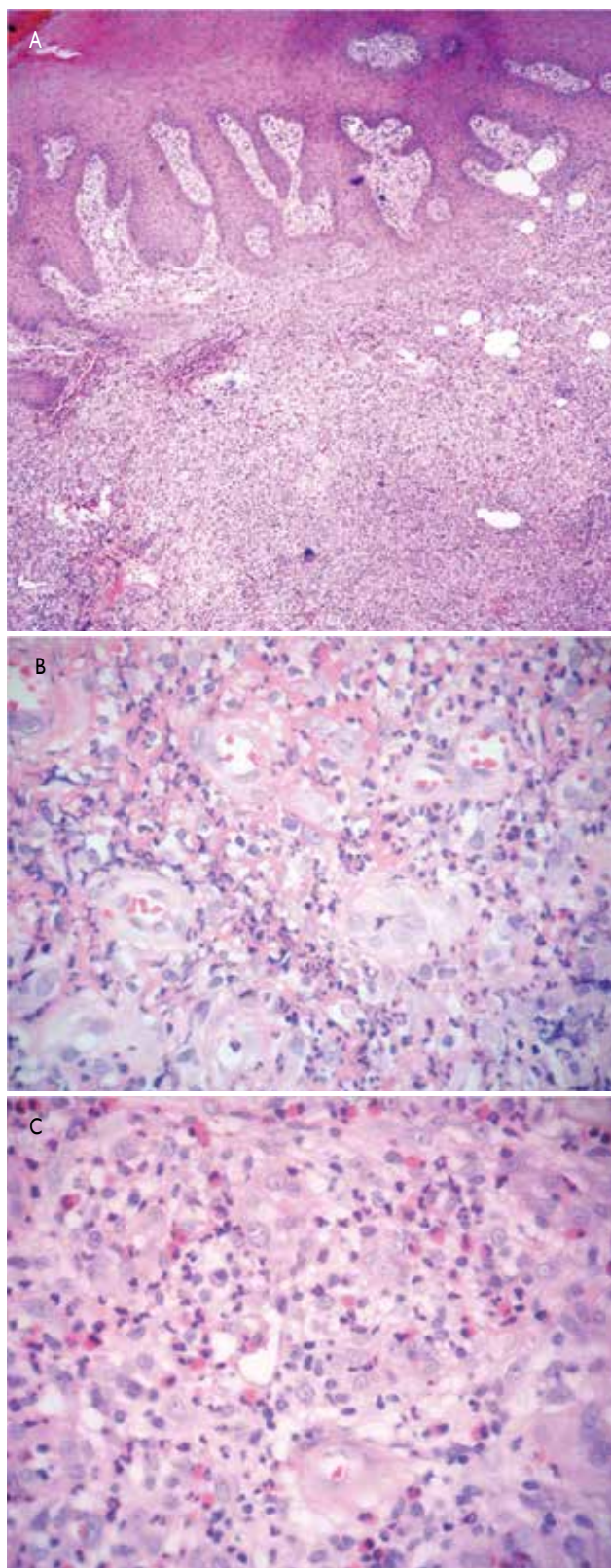


Figura 2. A) Hiperplasia pseudopapilomatosa con focos de infiltración linfocítica. B) Capilares con endotelio engrosado (epitelioide) y un estroma mixto compuesto por linfocitos e histiocitos escasos. C) Vasos de pequeño calibre con infiltrado adyacente de eosinófilos y linfocitos.

EVOLUCIÓN

La paciente fue referida al servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello para la escisión total de la lesión, al año de seguimiento no presentó recurrencia de enfermedad.

DISCUSIÓN CLÍNICA

La presencia de un nódulo oval de las características de este caso invita a plantear el diagnóstico de un tipo de neoproliferación, principalmente el carcinoma epidermoide, y, a su vez, se tiene como diagnóstico diferencial a la leucoplasia vellosa oral. Dadas las características histopatológicas encontradas, se plantea lesiones de naturaleza inflamatoria reactiva como el granuloma piogénico mucoso y la hiperplasia angioliñoide con eosinofilia, diagnósticos que se discutirán a continuación.

Carcinoma epidermoide de mucosa oral

Se plantea en primer lugar por presentar características clínicas y epidemiológicas compatibles. La edad más frecuente de diagnóstico es la segunda mitad de la adultez. En publicaciones recientes se alerta de la aparición de estas neoplasias en edades de 50 años o menos, y de pronóstico similar a los carcinomas orales de personas mayores. Existe a su vez relación con el hábito del tabaquismo, consumo de alcohol y la infección por el virus del papiloma humano. La localización del carcinoma epidermoide está bien establecida y existen diferentes estudios donde se reporta de la siguiente manera en orden descendente a su frecuencia de aparición: labio, lengua, encía, piso de boca, paladar.^{1,2}

Leucoplasia vellosa oral

Se presenta como una placa blanca (única o múltiple) no removible, bien delimitada, de aspecto filiforme y corrugado, ubicada principalmente en los bordes laterales de la lengua (bilateral o unilateral). También puede aparecer en la mucosa bucal y labial y menos frecuentemente en piso de boca, paladar blando y mucosa orofaríngea.³ El aspecto exofítico y blanquecino de la lesión podría remedar un tipo nodular de leucoplasia vellosa, por lo que se considera entre los diagnósticos diferenciales.

Granuloma piogénico

En sus estadios tempranos puede presentarse como una pápula roja e indolora, que se convierte en una masa tumoral exofítica sésil o pedunculada, con una superficie lobulada o corrugada y que suele estar acompañada de ulceración, sangramiento espontáneo y exudado minucioso.

Su consistencia, color y tamaño varían en función de la data de la lesión; generalmente, es friable y puede llegar a ser firme y fibrosa en la medida que tiene mayor tiempo.⁴ En la boca el sitio de mayor aparición fue la zona de la encía vestibular (75 %), en especial la del maxilar superior; otros sitios incluyen labios, lengua, mucosa bucal y paladar duro, por lo que se ingresa también como posibilidad clínica.

Hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia

La hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia de mucosas, se presenta preferentemente en labio superior, evidenciado como un nódulo solitario asintomático aunque también se reportan casos aislados en lengua. Se estima un tiempo de enfermedad de 2,1 años al momento del diagnóstico,⁵⁻⁷ características que encajan con el cuadro presentado.

DISCUSIÓN ANATOMOPATOLÓGICA

En los hallazgos histopatológicos se evidenció hiperplasia pseudopapilomatosa epidermal con focos de infiltración linfocítica en dermis superior y media. Capilares con endotelio engrosado (epitelioide) y un estroma mixto compuesto por linfocitos e histiocitos escasos. Vasos de pequeño calibre con infiltrado adyacente de eosinófilos y linfocitos.

Carcinoma epidermoide de mucosa oral

El carcinoma epidermoide es un tumor que se caracteriza por la invasión de células epiteliales atípicas desde el epitelio hacia el espesor del tejido conjuntivo, que forman nidos, islotes o columnas, las que recuerdan al tejido que le dio origen.¹ Según la OMS, se pueden presentar los tres tipos histológicos siguientes: bien diferenciado, medianamente diferenciado y pobremente diferenciado.² Si bien el caso presentó hiperplasia epidermal, esta no tuvo características neoplásicas ni invasivas, por lo que se es compatible con el cuadro.

Leucoplasia vellosa oral

La leucoplasia puede presentar un patrón histopatológico variable, desde una hiperqueratosis sin displasia epitelial, hasta una displasia grave con fenómenos de atrofia o hiperplasia epitelial. Los cambios displásicos se gradúan como displasia leve, moderada o grave.³ Dicho patrón no corresponde en el cuadro actual.

Granuloma piogénico

Se manifiesta como una masa polipoide, de tejido angiomatoso, que protruye por encima de la piel circundante. A menudo, la base de la lesión está rodeada por un collarite de epidermis acantósica. La proliferación vascular capilar

se distingue por tener endotelio prominente,⁴ sin embargo, la presencia de eosinófilos en la dermis descarta el diagnóstico.

Hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia

El diagnóstico es principalmente histopatológico. La histopatología presenta un componente vascular y otro inflamatorio. Se observa proliferación de capilares con lúmenes irregulares y células engrosadas, dichas células histiocíticas o epitelioideas son características de esta entidad. Se asocia infiltrado inflamatorio de linfocitos y característicamente de eosinófilos presentes en un rango de 5 % a 15 %, y presentes en la histopatología del presente caso.

DIAGNÓSTICO

El caso presentado se correlaciona con el diagnóstico de hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia de mucosa oral.

COMENTARIO

La hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia es una patología infrecuente, que afecta a individuos de 20 a 50 años con predilección al sexo femenino.^{5,6} Se caracteriza por nódulos o pápulas de aspecto angiomatoso de 0,5 a 2 cm ubicadas principalmente en región retroauricular, cuero cabelludo y cuello. Usualmente es asintomática aunque puede presentar prurito o presenta etiología desconocida se ha propuesto al embarazo, traumatismos y malformaciones vasculares como posibles desencadenantes.⁷

Actualmente se encuentra catalogada como entidad diferente a la enfermedad de Kimura, que, y se caracteriza por lesiones nódulo-tumorales múltiples en región de cuello, en pacientes de origen asiático y se presenta eosinofilia en sangre periférica, así como incremento de la IgE, compromiso ganglionar y de glándulas salivales.⁸

Se han reportado localizaciones infrecuentes en palmas, axila, genitales, colon, órbita y mucosa oral.

Dentro del diagnóstico diferencial se encuentran el granuloma piogénico, sarcoma de Kaposi, nódulo angiomatoso epitelioide, granuloma facial y metástasis cutánea.^{14,15}

El tratamiento de elección es quirúrgico, tratamientos alternativos corresponden a infiltración de corticoides, bleomicina, interferón alfa, y radioterapia en lesiones cutáneas extensas.¹² Ninguno de los tratamientos está exento de recidiva. Se ha usado también con pentoxifina oral en pacientes de origen latinoamericano con respuesta favorable.^{5,17}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ochsenius G, Ormeno A, Godoy L, Rojas R. Estudio retrospectivo de 232 casos de cáncer y precáncer de labio en pacientes chilenos: Correlación clínico-histológica. *Rev méd Chile* 2003; 131(1): 60-66
2. Meza García G, Muñoz Ibarra JJ, Páez Valencia C, Cruz Legorreta B, Aldape Barrios B. Carcinoma de células escamosas de cavidad bucal en un centro de tercer nivel de atención social en la ciudad de México. *Experiencia de cinco años. Avances en Odontostomatología* 2009 25(1) 19-28
3. Escribano-Bermejo M, Bascones-Martínez A. Leucoplasia oral: Conceptos actuales. *Av. Odontostomatol* 2009; 25 (2): 83-97
4. Carranza M, Novales J, Martínez V, Medina A. Granuloma Píogeno. *Dermatología Rev Mex* 2005; 49(3):101-8
5. Mendoza JP, Saldaña LS, Carbone BI, Roggero AR, Vildózola MD. Hiperplasia angiolífoide con eosinofilia. *Dermatol peru* 2003; 13(1): 57-60.
6. Guinovart RM, Bassas-Vila J, Morell L, Ferrándiz C. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia: a clinicopathologic study of 9 cases. *Actas Dermosifiliogr*. 2014;105(2):1-6
7. Padilla-España L, Fernández-Morano T, Del Boza J, Fúnez-Liébana. Hiperplasia angiolífoide con eosinofilia. Revisión de 7 casos. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104(4):353-5
8. Cole CM. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia. *Cutis*. 2013;92(3):110;117-8
9. Mezei MM, Tron VA, Stewart WD, Rivers JK. Eosinophilic ulcer of the oral mucosa. *J Am Acad Dermatol*. 1995;33(5 Pt 1):734-40
10. Suzuki H, Hatamochi A, Horie M, Suzuki T, Yamazaki SA. A case of angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia (ALHE) of the upper lip. *J Dermatol* 2005; 32(12):991-5
11. Park Y, Chung J, Cho CG. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia of the tongue: report of a case and review of the literature. *Oral Oncol*. 2002;38(1):103-6
12. Razquin S, Mayayo E, Citores MA, Alvira R. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia of the tongue: report of a case and review of the literature. *Hum Pathol*. 1991;22(8):837-9
13. Garrido-Ríos AAI, Sanz-Muñoz C, Torrero-Antón MV, Martínez-García G, Miranda-Romero A. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia on the tongue. *Clin Exp Dermatol*. 2009;34(8):e729-31
14. Jacob J, George S, Suchit Roy BR, Dildeepa SN. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia - A case report. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006;58(3):285-7
15. Bartralot R, Garcia-Patos V, Huetto J, Huguet P, Raspall G, Castells A. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia affecting the oral mucosa: report of a case and a review of the literature. *Br J Dermatol* 1996; 134(4):744-8.
16. Aggarwal A, Keluskar V. Epithelioid hemangioma (angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia) in the oral mucosa. *Indian J Dent Res*. 2012;23(2):271-4
17. Caballero CA, Navarrete FG, Martínez JA. Hiperplasia angiolífoide con eosinofilia. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2013; 22(1):27-30

Correspondencia: Erick A. Bravo
erickz70@gmail.com

Fecha de recepción: 26 de febrero de 2014.

Fecha de aprobación: 25 de marzo de 2014.