

Hiperplasia epitelial focal

Focal epithelial hiperplasia

Leonardo A. Sánchez-Saldaña*



Figura N° 1. Múltiples pápulas y placas aplanadas del color de la mucosa adyacente, comprometiendo los labios.



Figura N° 2. Múltiples pápulas y placas aplanadas del color de la mucosa adyacente, comprometiendo borde de la lengua y los labios.



Figura N° 3. Múltiples pápulas aplanadas del color bruno que afecta labio superior predominantemente.



Figura N° 4. Múltiples pápulas del color de la mucosa adyacente, comprometiendo los labio inferior de un niño de 8 años de edad.



Figura N° 5. Placas aplanadas del color de la mucosa adyacente comprometiendo los labios a nivel de las comisuras.

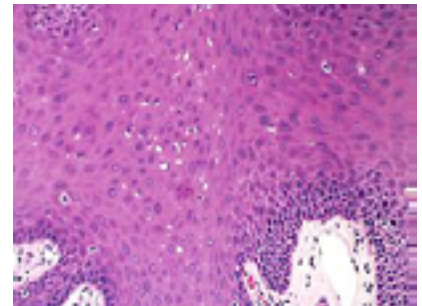


Figura N° 6. La biopsia muestra acantosis, engrosamiento y elongación de la red de crestas y vacuolización del estrato espinoso por efecto citopático viral.

* Profesor Invitado de Post Grado de Dermatología. UNMSM.

DIAGNÓSTICO

Hiperplasia epitelial focal

La *hiperplasia epitelial focal* (HEF), llamada también enfermedad de Heck, es una proliferación benigna poco frecuente de la mucosa oral, generalmente asintomática, causada por el virus Pápiloma Humano (VPH), en su mayoría VPH 13 y 32. Afecta principalmente a niños y adolescentes entre los 3 y 18 años, ocasionalmente en los adultos, y se describe mayor prevalencia en mujeres y en determinados grupos étnicos (indios americanos y esquimales).¹⁻⁴

La HEF fue descrita por primera vez en 1965 por Archard, Heck y Stanley^{1,2}, como múltiples lesiones papulares y nodulares blandas en la mucosa oral, observadas entre indios americanos en Nueva México, USA y el distrito de Mato Grosso en Brasil, y esquimales.¹

La prevalencia es difícil determinar, ya que es una condición asintomática y, por lo tanto no consultan. Se describe una frecuencia muy variable, entre 0,002 a 35% dependiendo de a población y la región estudiada. En general, en Sudamérica se reporta una prevalencia de alrededor de 3,5%.^{2,4}

El virus del Pápiloma Humano puede provocar diferentes patologías en la piel y mucosas oral y genital, que se caracterizan por ser proliferaciones epiteliales, la mayoría de las cuales son de carácter benigno, como las verrugas vulgares, los condilomas acuminados, y más raramente la HEF. En la HEF, en más del 90% de los casos se han identificado mediante PCR o hibridación in situ, los tipos 13 y 32; con menor frecuencia los tipos 1, 6, 11 y 55, de escaso o inexistente potencial oncogénico.⁴

La HEF se presenta clínicamente en forma de pápulas o nódulos blandos, asintomáticos de 3 a 10 mm, de color similar a la mucosa normal, que pueden coalescer formando placas en empedrado. El lugar más comúnmente afectado es la mucosa del labio inferior, seguido de los carrillos, labio superior, lengua, encías y paladar. Una característica típica de las lesiones es la resistencia al estirar la mucosa la lesión desaparece y, al disminuir la tensión, se hace visible nuevamente.²

El estudio histológico muestra paraqueratosis, acantosis focal, elongación de las crestas interpapilares que establecen anastomosis horizontales entre sí, presencia de coilocitosis focal, y células que muestran cambios degenerativos nucleares que simulan mitosis en queratinocitos superficiales.^{4,8}

El diagnóstico diferencial debe realizarse con verrugas vulgares, condilomas acuminados, hamartomas múltiples, papilomatosis oral florida, síndrome de Cowden, enfermedad de Darier, enfermedad de Crohn, liquen plano oral y pioestomatitis vegetante.

El tratamiento no siempre está indicado y en algunos casos puede regresionar espontáneamente. La primera línea de tratamiento son las terapias destructivas como la cirugía escisional convencional, láser de CO₂, electrocirugía, radiofrecuencia y la crioterapia²⁻⁵. Como tratamiento de segunda línea terapéutica, el uso tópico, está indicado en lesiones múltiples o en casos de contraindicación para realizar terapia de primera línea, la crema de imiquimod 5%, ácido tricloroacético, ácido retinoico e interferón beta.⁵⁻⁸

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bertolotti ML, Abbiati A, Vereá MA y Pecotche DM. Hiperplasia epitelial focal o enfermedad de Heck. Arch. Argent. Dermatol, 2015;65(1):13-15.
- Yarmuch P, Chaparro X, Fischer C, Benveniste S. Enfermedad de Heck: A propósito de un caso. Rev. Chilena Dermatol 2012;28(4):431-434.
- Mendez E. Hiperplasia epitelial focal (enfermedad de Heck). Reporte de un caso. Rev Mex Pediatr 2003;70(3):132-134.
- Villanueva CA, Hernández-Núñez A, Castaño A, Miñano R, Córdova S y Bordujo J. Hiperplasia epitelial multifocal: Un caso familiar. An Pediatr (Barc) 2010;73(6):357-360.
- Teja-Angeles E, Martínez-Sandoval B, Téllez-Rodríguez J, Ramírez-Paredes LF, Duran-Gutierrez A, Cadena-Galdós A. Hiperplasia epitelial multifocal. Manifestaciones bucales en niños. Revisión de la literatura. Acta Pediatr Mex 2008;29(1):31-35.
- Chanco-Ramírez G. Hiperplasia epitelial focal. Dermatol Peru 2014;24(4): 235-238.
- Rosa LN, Gedoz L, Hildebrand LC, Carvalho A, Chevarri MG. Hiperplasia epitelial focal: ¿Por qué Enfermedad de Heck? Avances en odontostomatología 2003;19(5):240-247.
- Harris J, Vásquez K, Fortich N. Hiperplasia epitelial focal. Tratamiento conservador con ácido tricloroacético. Rev. CES Odon. 2011;24(2):367-370.

Correspondencia: Dr. Leonardo Sánchez Saldaña
E-mail: dr_leonardosanchez@yahoo.es

Recibido: 06-01-19
Aceptado: 08-02-19