

Hiperqueratosis friccional oral

E. Balbín Carrero, P. de la Cueva Dobao, C. Mauleón Fernández, M. Valdivielso Ramos, J.M. Hernanz Hermosa
Servicio de Dermatología. Hospital «Infanta Leonor». Madrid

Resumen

Numerosos procesos pueden manifestarse en forma de lesión blanquecina en la mucosa oral; la mayoría de ellos provocan una queratinización anómala del epitelio oral. El patrón clínico, la localización y los posibles factores desencadenantes permiten orientar su diagnóstico. El estudio histológico es imprescindible en muchos casos para descartar procesos premalignos y malignos. Las lesiones blancas orales son muy comunes. Algunas son ominosas, aunque en general no lo son; por tanto, en estos casos el clínico se enfrenta continuamente a desafíos diagnósticos.

Palabras clave

Leucoplasia oral, nevo blanco esponjoso, dermatitis friccional

Abstract

Title: Oral frictional hyperkeratosis

There are a multitude of processes that may present as a whitish lesion in the oral mucosa; most of them provoke an abnormal keratinisation of the oral epithelium. The clinical pattern, location and possible triggers make it possible to direct their diagnosis. In many cases a histological study is essential in order to rule out premalignant and malignant processes. In general, white, oral lesions are very common. Some are ominous, although in general they are not; therefore, the general practitioner is continually faced with diagnostic challenges.

Keywords

Oral leukoplakia, white sponge nevus, frictional dermatitis

Caso clínico

Acudió a nuestra consulta un niño de 4 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, por presentar en la mucosa yugal derecha una placa blanquecina asintomática, descubierta de manera casual por su madre hacía unos 6 meses. El niño había sido tratado en dos ocasiones con antimicóticos tópicos, sin mejora del cuadro.

En la exploración física, el paciente presentaba en la mucosa yugal retrocomisural derecha una placa blanquecina de límites inciertos, de superficie sobre-elevada, verrugosa y aterciopelada, que no se desprendía tras la fricción con una gasa (figura 1). No se apreciaban lesiones en el resto de la mucosa oral, ni otras lesiones (ungueales o palmoplantares) en el resto del tegumento.

Se realizó un cultivo de la zona, que resultó negativo para *Candida*. Se pautó tratamiento con acetónido de triamcinolona al 0,1% y, posteriormente, con tacrolimus al 0,03% durante unas semanas; aunque las lesiones mejoraron discretamente durante su aplicación, la recidiva fue inmediata tras la suspensión de ambas pomadas.

Dada la mala respuesta al tratamiento, se realizó una biopsia de la lesión, que mostró la presencia de hiperplasia epitelial, acantosis y moderada hiperqueratosis; los queratinocitos no mostraban características citológicas atípicas ni trastornos en la maduración. En el tejido conectivo adyacente se observó algún infiltrado inflamatorio perivascular.

Una vez confirmado el carácter benigno y el aspecto reactivo de la lesión, y dado que la madre negaba la tendencia al mordisqueo o succión de la mucosa por parte de su hijo, le aconsejamos consultar al dentista para descartar una causa mecánica e intentar solucionar el proceso. A los 15 días del limado de los caninos y premolares, el aspecto de la zona mejoró notablemente (figura 2), con la práctica desaparición de la placa; la resolución se mantuvo en un control posterior realizado a los 3 meses.



Figura 1. Placa blanca, vellosa y aterciopelada en la mucosa yugal



Figura 2. Aspecto de la lesión a los 15 días de tratamiento

Discusión

La mucosa bucal es el revestimiento interno de la cavidad oral. Se renueva mucho más rápido que la epidermis, aproximadamente en 5 días. Se distingue entre la mucosa masticatoria o queratinizada (encías y paladar duro) y la mucosa no queratinizada, y dentro de ésta, entre la mucosa del dorso de la lengua (especializada en la función gustativa) y la del resto de la boca (zona ventral de la lengua, suelo de la boca, mucosas yugales, mucosas labiales y fondos del vestíbulo).

La queratosis por fricción (QF) es probablemente la más común de las lesiones blancas focales observadas en la mucosa oral. Aunque se han publicado pocos estudios epidemiológicos con un amplio seguimiento sobre la prevalencia de lesiones orales, en un ensayo efectuado en Estados Unidos (NHANES III) en 10.030 pacientes de edades comprendidas entre los 2 y los 17 años, ésta se estima en el 0,26% para la QF, mientras que la prevalencia en los adultos (en un estudio realizado por el mismo grupo) es del orden del 2,67%.

La QF se desarrolla en un sitio de irritación crónica de bajo grado, similar a un callo de la piel. Puede afectar a cualquier zona de la boca, y los estímulos que pueden provocar la aparición de estas lesiones son muy diversos: mordida reiterada de los labios y la mucosa yugal, prótesis dentales mal adaptadas, dientes fracturados o desviados, superficies dentales irregulares, aparatos de ortodoncia, cepillado inadecuado y uso de las crestas alveolares como lugares de masticación en sujetos desdentados. La irritación constante estimula la producción excesiva de queratina, con cambios secundarios en el grosor y en el color de la mucosa afectada. Los labios, las caras laterales de la lengua, la mucosa yugal a lo largo de la línea de oclusión dental (línea alba) y las crestas alveolares desdentadas son los lugares de afectación más frecuente.

Dado que las lesiones blancas orales plantean la sospecha clínica de una patología maligna, es necesario identificar estas lesiones y establecer un enfoque sistemático para su evaluación.

Si una placa oral no desaparece tras la fricción y se asocia con una fuente evidente de irritación, es razonable adoptar medidas para aliviarla y controlar la lesión hasta que se constate su regresión. Si la fuente de irritación se elimina completamente, las lesiones desaparecen en 1-3 semanas, ya que, como se ha mencionado anteriormente, el tiempo de renovación de la mucosa es muy rápido.

No obstante, es difícil identificar con certeza el estímulo irritante o eliminarlo completamente. Si el tratamiento conservador no elimina la lesión en un periodo corto, o si el paciente no puede o no quiere cumplir con los exámenes periódicos de seguimiento, está indicada la biopsia de estas lesiones.

Una vez se confirma el carácter hiperplásico y presumiblemente reactivo de la lesión, el sitio debe controlarse de manera periódica y aconsejar al paciente que evite los factores desencadenantes. Cualquier modificación en el aspecto de la lesión debe llevar a su reevaluación, ya que los sitios de irritación crónica pueden constituir «un suelo fértil» para la carcinogénesis, aunque ésta es muy rara en los niños.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial de la QF debe realizarse con entidades muy diversas, tanto en niños como en adultos:

1. Etiología infecciosa: candidiasis, verrugas víricas, sífilis, leucoplasia oral vellosa (EBV).
2. Origen exógeno: traumatismos (línea alba, leucoedema, morsicatio), tabaco (estomatitis nicotínica, queratosis por mascar tabaco).
3. Procesos inflamatorios: lengua geográfica, liquen plano, lupus eritematoso crónico, pioestomatitis vegetante.
4. Neoplasias: neoplasia intraepitelial oral (displasia), leucoplasia verrugosa proliferativa, papilomatosis oral florida, carcinoma escamoso.
5. Genodermatosis: nevo blanco esponjoso, enfermedad de Darier-White, disqueratosis congénita, paquioniquia congénita, síndrome de Howel-Evans. ■

Bibliografía

- Flaitz CM. Oral frictional hyperkeratosis. eMedicine.
García Muret MP. Lesiones blancas de la mucosa oral. Piel. 1993; 8: 397-402.
García-Patos Briones V. Mucosa bucal. Pautas de diagnóstico y terapéutica en dermatología. Cap. 19. Barcelona: Ediciones Mayo, 2008; 164-175.
Reynoso LA, Mendoza N, Víctor M. Magnitud de lesiones bucales de tejidos blandos en niños de 1 a 6 años de edad de la Ciudad de México. Revista ADM. 2004; 9(2): 65-69.