

ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.elsevier.es/ad



CARTAS CIENTÍFICO-CLÍNICA

Estomatitis geográfica

Geographic Stomatitis

Sr. Director:

La lengua geográfica (LG) es un proceso banal conocido desde 1831 que padece el 1–2% de la población general. Puede afectar a cualquier edad y hay un leve predominio masculino (5:4)¹. Las lesiones se localizan en los dos tercios anteriores de la lengua y se reconocen dos patrones clínicos: a) en forma de máculas sonrosadas de bordes redondeados que por confluencia dan el aspecto de un mapa, de ahí el nombre de geográfica, que se atribuye a la pérdida de papilas en las zonas afectadas, y b) lesiones parecidas a las previas pero bordeadas por un halo blanquecino levemente sobreelevado. Independientemente de la forma de presentación clínica hay una migración diaria de las lesiones. No se conoce ningún tratamiento eficaz para este proceso. La presencia de lesiones de LG fuera de la lengua es un hallazgo infrecuente escasamente comunicado.

Su relación con la psoriasis es controvertida. Por un lado, los hallazgos histopatológicos son superponibles a los de la psoriasis^{1,2} y, por otro, la incidencia de LG está aumentada en los pacientes con psoriasis³, aunque parece claro que son entidades distintas. Presentamos dos casos de estomatitis geográfica.

El primer caso pertenece a un varón caucásico de 27 años que consultó por unas lesiones localizadas en el área mucosa del labio inferior, de tiempo de evolución, que cambiaban cada día con un crecimiento centrífugo y desaparecían en un plazo de 7 días. Eran asintomáticas, salvo por una leve molestia cuando ingería comida salada. No presentaba antecedentes personales ni familiares de psoriasis.

A la exploración presentaba unas placas circinadas de centro eritematoso, bordeadas por un ribete blanquecino sobreelevado que se localizaba en la zona mucosa del labio inferior (fig. 1) y el fundus. En los laterales de la lengua se apreciaron lesiones similares, junto a áreas depapiladas en el dorso de la misma, compatibles con una LG. El resto de la exploración, incluyendo uñas, genitales, palmas y plantas fue rigurosamente normal.

Se instauró tratamiento con 100 mg/día de tetraciclinas sin obtener resultado alguno después de un mes.

El caso 2 es el de una mujer hispana de 30 años que consultó por la aparición de lesiones en la mucosa del labio inferior de dos años de evolución, que presentaban un crecimiento centrífugo de variación diaria hasta que

desaparecían en unos días. Le producían un leve ardor tras la ingesta de cítricos o comida ácida. Como antecedentes destacaba una LG desde los 18 años, que en ocasiones seguía un curso paralelo a las lesiones labiales.

A la exploración se observaban unas placas anulares de centro eritematoso y un reborde blanquecino levemente sobreelevado. Además se apreció una lengua fisurada, pero sin lesiones de LG y un toro palatino.

No se realizó ningún tratamiento.

El estudio histopatológico de ambos pacientes mostraba unos hallazgos superponibles. Se apreciaba un epitelio acantósico con espongirosis y un marcado edema adventicial. Existía un infiltrado inflamatorio superficial y difuso compuesto por neutrófilos que presentaban exocitosis y llegaban a formar microabscesos en las áreas más superficiales de la mucosa (fig. 2).

Aunque la LG es un hallazgo muy común la aparición de lesiones similares localizadas en la mucosa oral, pero fuera de la lengua, es muy infrecuente. Desde su reconocimiento por Cooke en 1955 ha recibido diversos nombres. Además del que nos parece más adecuado de estomatitis geográfica, también se ha denominado LG ectópica, estomatitis areata *migrans*, estomatitis migratoria, eritema *migrans*, eritema circinado *migrans*, *annulus migrans*, eritema migratorio ectópico y enfermedad de Cooke^{2,4}. Hasta la actualidad se han descrito aproximadamente 50 casos, todos ellos publicados en revistas odontológicas en forma de casos aislados^{1,5–7} o en pequeñas series^{2,4}.

Clínicamente se trata de placas anulares o circinadas de centro eritematoso y un borde blanquecino sobreelevado que va migrando centrífugamente día a día² (fig. 1). Se ha descrito prácticamente en cualquier área de la cavidad oral, pero con mucho la mucosa labial es la localización más frecuente⁴. Puede afectar a cualquier edad y hay un claro predominio masculino (2,6:1), mayor que el registrado para la LG⁴. La mayoría de los casos se asocia a una LG, aunque se han descrito otros sin afectación lingual⁴. Hasta el 41% asocia además una lengua fisurada⁴. Habitualmente es asintomática; sin embargo, no es raro que exista una sintomatología leve, sobre todo en relación con comidas calientes o muy picantes^{2,4}.

Los hallazgos histopatológicos son superponibles a los de la LG, y muy parecidos a los de la psoriasis. Se observa una acantosis del epitelio mucoso con alargamiento de las crestas epidérmicas y adelgazamiento suprapapilar, con exocitosis de neutrófilos que llegan a formar microabscesos^{1,2}. A pesar de la presencia constante de neutrófilos los cultivos son negativos.

Como en la LG, no hay un tratamiento eficaz.

Los dermatólogos debemos reconocer esta entidad banal que puede confundirse con otras enfermedades como liquen

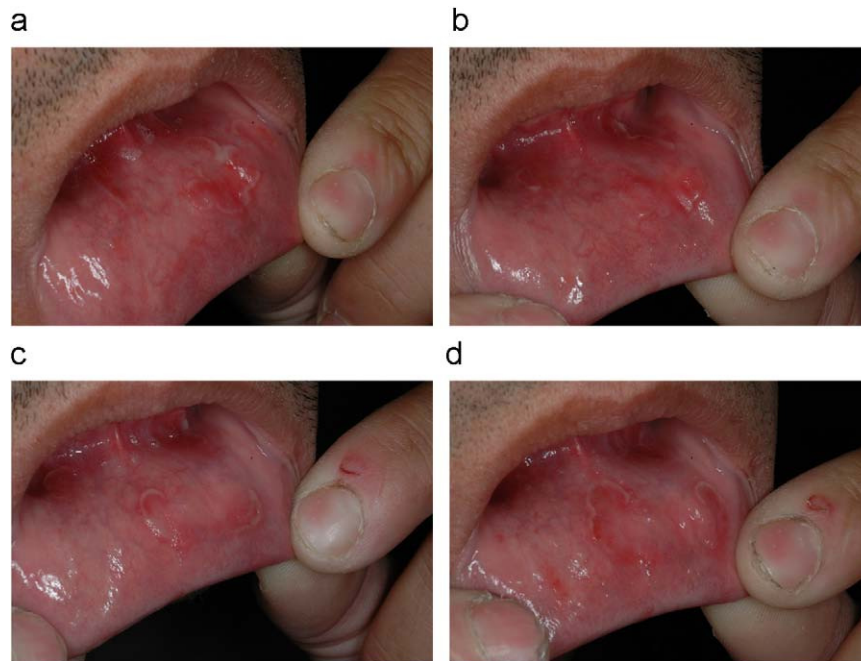


Figura 1 Caso 1. Placa circinada eritematosa de borde blanquecino sobreelevado localizada en la mucosa del labio inferior. Se observa cómo las lesiones van migrando en 4 días consecutivos. A) día 1. B) día 2. C) día 3. D) día 4.

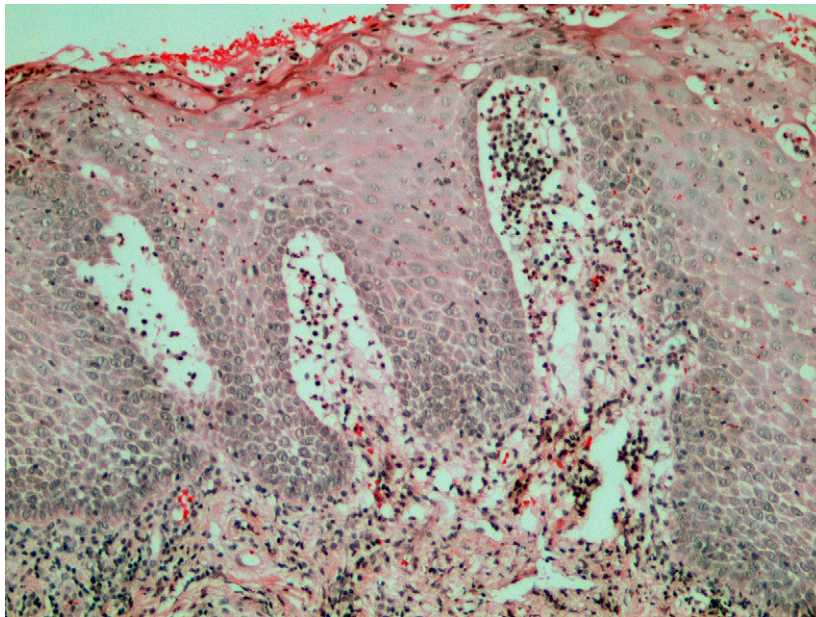


Figura 2 Caso 1. Acanthosis con adelgazamiento suprapapilar que se acompaña de un importante edema adventicial con espongiosis. Se observa, además, un infiltrado inflamatorio compuesto casi exclusivamente por neutrófilos, que presentan una marcada exocitosis y en las capas altas de la mucosa se agrupan para formar microabscesos (hematoxilina-eosina, x200).

plano, pénfigo vulgar, candidiasis o lupus, entre otras, para evitar realizar pruebas innecesarias.

Bibliografía

1. Hoexter DL. Erythema circinata migrans – ectopic geographic tongue. NY State Dent J. 1980;46:350–2.
2. Espelid M, Bang G, Johansen AC, Leira JI, Christensen O. Geographic stomatitis: report of 6 cases. J Oral Pathol Med. 1991;20:425–8.
3. Zargari O. The prevalence and significance of fissured tongue and geographical tongue in psoriatic patients. Clin Exp Dermatol. 2006;31:192–5.
4. Brooks JK, Balciunas BA. Geographic stomatitis: review of the literature and report of five cases. JADA. 1987;115:421–4.

5. Rood JP. An unusual presentation of erythema migrans. *J Dent.* 1974;2:207-8.
6. Lucas VS, Challacombe SJ, Morgan PR. Erythema migrans: an unusual presentation. *Br Dent J.* 1993;175:258-9.
7. Flaitz CM. Ectopic erythema migrans in an adolescent with a skin disorder. *Ped Dent.* 2000;22:63-4.

E. Piqué-Duran^{a,*}, S. Palacios-Llopis^b y
J.A. Pérez-Cejudo^a

doi:10.1016/j.ad.2009.10.008

^aSección de Dermatología, Hospital Dr. José Molina
Orosa-Arrecife, Las Palmas, España

^bServicio de Patología, Hospital Dr. José Molina
Orosa-Arrecife, Las Palmas, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: epiqued@medynet.com
(E. Piqué-Duran).

Urticaria y mastocitosis: ¿tan frecuente como pensamos?

Urticaria and Mastocytosis: As Common as we Think?

Sr. Director:

En la práctica diaria, así como en los libros de texto dermatológicos clásicos, siempre se da por hecho que las urticarias son una manifestación frecuente de las mastocitosis y, de igual manera, las mastocitosis se consideran una causa de urticaria tanto aguda como crónica¹⁻⁵, pero es cierto que revisando la literatura no existen datos que avalen tal asociación.

En una revisión exhaustiva realizada mediante los buscadores Pubmed e IME (la búsqueda se ha realizado combinando las siguientes palabras clave: mastocitosis, telangiectasia macular eruptiva *perstans*, urticaria, Darier, dermatografismo) no existen datos en relación con el riesgo relativo de presentar urticaria en pacientes con mastocitosis cutánea, y hay pocos datos de pacientes con urticarias agudas o crónicas que se deban a una mastocitosis de base.

El único caso en que se hace mención directa a la asociación entre ambas entidades es el de Martín-Muñoz⁶, que describe a un niño de 5 años que presentaba un cuadro de urticaria crónica

de un año de evolución, que al realizar una biopsia cutánea se diagnosticó de mastocitosis tipo urticaria pigmentosa, siendo el resto del estudio (triptasa e histamina) normal, excepto una positividad en la prueba de punción cutánea para el olivo.

Se considera que el hecho de provocar el signo de Darier en pacientes con mastocitosis podría desencadenar un cuadro urticariforme, llegando a poder provocar un shock anafiláctico. A pesar de ello, en un estudio retrospectivo de causas de anafilaxia, de 601 pacientes, ninguno de ellos presentaba como antecedente una mastocitosis de base⁷.

El signo de Darier se considera una forma de dermatografismo típica de las mastocitosis, con una etiopatogenia común basada en la activación mecánica de la cascada inflamatoria, desencadenando la aparición de habones⁸, lo cual podría dejar de manifiesto la relación entre urticaria y mastocitosis.

Presentamos el caso de un paciente varón de 47 años que consultaba por la aparición de lesiones habonosas en zonas expuestas (en la cara y las manos sobre todo) cuando salía a la calle con frío, cuando tocaba recipientes fríos o agua tanto fría como caliente. Además, refería sensación de prurito faríngeo cada vez que bebía bebidas frías (tanto agua como otro tipo de refrescos). A la exploración física se detectaron unas lesiones telangiectásicas en la parte alta del tórax y la espalda, además de en los hombros (fig. 1). Se realizaron pruebas de provocación con cubito de hielo (fig. 2) y agua (fig. 3) tanto fría como caliente, siendo positiva la prueba con hielo y con agua fría con formación de habones, mientras que las realizadas con agua caliente, con



Figura 1 Telangiectasias en el escote, sobre la piel sana.



Figura 2 Placa habonosa en el brazo derecho tras aplicar un cubito de hielo.