

ACTAS Derma-Sifiliográficas

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



CASO PARA EL DIAGNÓSTICO

Tumoración exófitica y lineal en el dorso de la lengua

Linear Exophytic Tumor on the Dorsum of the Tongue

Historia clínica

Varón de 68 años, que consultó por una tumoración en el dorso lingual de 10 años de evolución. La lesión era asintomática, no había sido tratada previamente y había presentado un crecimiento lentamente progresivo. El paciente no refería antecedentes patológicos de interés, usaba una prótesis dental que retiraba por las noches, seguía tratamiento con omeprazol 20 mg/día, y con enjuagues de nistatina tras las comidas y fumaba 20 cigarrillos diarios.

Exploración física

Se observaba una lengua saburral y a lo largo de la línea media dorsal una placa mamelonada de color rosado, de superficie brillante y de consistencia elástica (fig. 1). No



Figura 1 Lesión globulosa, elástica y de color rosado en la línea media del dorso de la lengua.

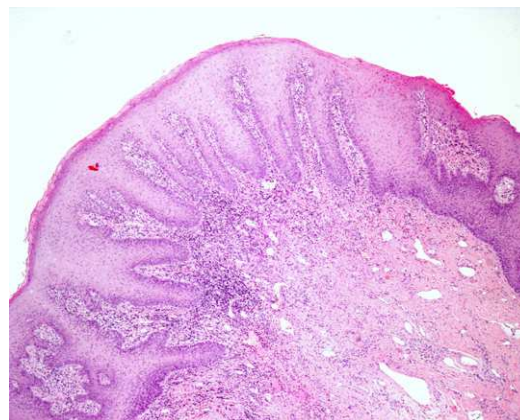


Figura 2 Hematoxilina-eosina $\times 4$.

se encontraron adenomegalias en la palpación del territorio cráneo-cervical.

Exploraciones complementarias

Se realizó un cultivo en medio de Sabouraud que fue positivo para *Candida albicans* (*C. albicans*), una analítica general sin alteraciones con serología VIH negativa y una biopsia en sacabocados.

Histología

El estudio histológico demostró una mucosa con marcada acantosis y papilomatosis, y con discreto aumento de la actividad mitótica en la capa basal, sin alteraciones en la polaridad y en la maduración celular. En el corion se observaba un moderado infiltrado intersticial linfocitario y ectasia vascular (fig. 2, hematoxilina-eosina $\times 4$). Con técnicas de PAS y PAS-diastasa no se reconocieron estructuras micóticas.

¿Cuál es su diagnóstico?



Figura 3 Aspecto de la lesión tras un mes de tratamiento con antifúngicos tópicos y reducción del consumo de tabaco.

Diagnóstico

Glositis romboidal media (GRM), variante hipertrófica.

Evolución

Se indicó la supresión del tabaco con importante mejoría y disminución del tamaño de la lesión (fig. 3), y posteriormente se realizó tratamiento con fluconazol 50 mg/12 h v.o. durante 14 días, con lo que se obtuvo una nueva mejoría aunque menos llamativa. Pese a la prolongación del tratamiento antifúngico sistémico y del recambio de su prótesis dental, solo se consiguieron negativizaciones transitorias de los cultivos, por lo que se remitió al paciente al servicio de otorrinolaringología para el tratamiento de la lesión residual con láser de CO₂ con resolución completa del cuadro y ausencia de recidiva tras más de un año de seguimiento.

Discusión

La GRM es un cuadro poco frecuente y probablemente infra-diagnosticado, que durante años se consideró un trastorno malformativo¹. Se manifiesta como una placa eritematosa, atrófica o globulosa, de morfología romboidal, que aparece netamente delimitada en la línea media del dorso lingual. Se observa con mayor frecuencia en varones, fumadores y diabéticos, y responde de forma desigual al tratamiento antifúngico. Existen varias hipótesis para explicar por qué en la GRM la infección se manifiesta de forma tan localizada. Según las observaciones de Whitaker et al.² es la zona que se apoya sobre el paladar duro durante la deglución, la fonación y el reposo, evitando así la acción de la saliva. Otros autores defienden que es una zona con un flujo vascular menor al del resto de la lengua. Solo en ocasiones se observa una placa eritematosa especular en el paladar duro o «kissing lesion», Brown et al.³ han sugerido que podría ser un marcador de inmunosupresión asociada.

El diagnóstico es clínico, apoyado en la positividad del cultivo. La especie más frecuentemente aislada es *Candida albicans*, seguida de *Candida glabrata*, *Candida tropicalis* y *Candida parapsilosis*, aunque hasta en el 10% de las muestras puede cultivarse 2 o más especies de *Candida*⁴. Por su carácter comensal podemos decir que, en ausencia

de clínica compatible, la positividad del cultivo no implica que estemos ante una candidiasis oral. A veces puede ser necesaria la realización de una biopsia para descartar una neoplasia. Hasta en un 13% de los casos la tinción PAS puede ser negativa debido a que *Candida* no invade el epitelio y se pierde durante el procesamiento de la muestra. El diagnóstico diferencial principalmente se plantea con el carcinoma epidermoide y el tumor de Abrikossoff⁵. Barrett et al.⁶ observaron una asociación estadísticamente significativa entre la displasia epitelial moderada-severa y la presencia de hongos en la tinción con PAS, por lo que recomiendan su despistaje en este tipo de lesiones, sin poder aclarar si en estos casos *Candida* tiene una acción patogénica o simplemente coloniza el tejido previamente alterado.

Habitualmente el tratamiento es tópico y se acompaña de la corrección de los factores favorecedores, reservándose el tratamiento combinado tópico y oral para las infecciones muy recidivantes o en pacientes inmunodeprimidos. El tratamiento quirúrgico puede ser útil en el caso de las lesiones exofíticas persistentes, en las que la efectividad de los tratamientos médicos es más limitada.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Nos gustaría expresar nuestro agradecimiento al Dr. Ángel Castaño Pascual del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Fuenlabrada, por su ayuda en el estudio histológico del caso.

Bibliografía

1. Nelson BL, Thompson L. Median rhomboid glossitis. *Ear Nose Throat J.* 2007;86:600-1.
2. Whitaker SB, Singh BB. Cause of median rhomboid glossitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod.* 1996;81:379-80.
3. Brown RS, Kradow AM. Median rhomboid glossitis and a "kissing" lesion of the palate. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod.* 1996;82:472-3.
4. Aguirre Urizar JM. Candidiasis orales. *Rev Iberoam Micol.* 2002; 19:17-21.
5. Lago-Méndez L, Blanco-Carrión A, Diniz-Freitas M, Gándara-Vila P, García-García A, Gándara-Rey JM. Rhomboid glossitis in atypical location: case report and differential diagnosis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2005;10:123-7.
6. Barrett AW, Kingsmill VJ, Speight PM. The frequency of fungal infection in biopsies of oral mucosal lesions. *Oral Dis.* 1998;4:26-31.

C. Meseguer-Yebra^{a,*}, S. Córdoba-Guijarro^b y J. Borbujo^b

^a Sección de Dermatología, Complejo Asistencial de Zamora, Zamora, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: camesye@hotmail.com
(C. Meseguer-Yebra).