

Lengua geográfica: A propósito de un caso

García-Torres J.¹

Sanid. mil. 2020; 76 (4): 235-238, ISSN: 1887-8571

RESUMEN

La patología lingual es un tipo de patología que se presenta de forma muy frecuente en la consulta dental. Existen muchos tipos de patologías linguales, entre las que se encuentran la lengua geográfica. Esta patología inflamatoria suele mostrarse como una zona parcheada, eritematosa, multifocal, irregular y de bordes ligeramente elevados, generalmente en el dorso de la lengua. Normalmente, es asintomática y no suele precisar de tratamiento. La prevalencia es de 1-2%, siendo más frecuente su aparición en niños, y relativamente extraño en adultos. En este artículo se presenta un caso clínico de lengua geográfica acontecido en el BAA «Castilla» durante su despliegue en la Operación ATALANTA de julio a diciembre de 2018.

PALABRAS CLAVE: Operación Atalanta, BAA «Castilla», Lengua geográfica, Odontología militar.

Geographic tongue: One case report

SUMMARY: Lingual pathology appears in the dental office very frequently. There are a lot of different lingual pathologies, including geographic tongue. This inflammatory condition appears as an ulcer-like, multifocal, irregular region with its borders elevated. It is usually located on the dorsum of the tongue. It is usually asymptomatic and no treatment is needed in most cases. Its prevalence is between 1 and 2%, being more frequent in children, and less common in adults. This article presents one case on geographic tongue that took place in BAA «Castilla» during its deployment in ATALANTA Operation, between July and December 2018.

KEYWORDS: ATALANTA Operation, BAA «Castilla», Geographic tongue, Military dentistry.

INTRODUCCIÓN

La medicina bucal y/o patología bucal es la especialidad de la odontología que estudia el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades primarias (con origen en la boca) o secundarias (enfermedades generales que repercuten en la boca), que afectan a estructuras de la cavidad bucal, maxilares y tejidos anejos¹. Una de las estructuras adyacentes más afectadas es la lengua, observándose en la consulta dental con mucha frecuencia patología lingual.

La lengua es una estructura compleja que puede presentar patologías, que por lo general son benignas, pero en ciertos casos, pueden llegar a ser malignas¹. El origen de las patologías de la lengua es muy diverso, lo que dificulta enormemente su clasificación. Desde el punto de vista clínico se pueden diferenciar lesiones propiamente de la lengua o bien lesiones que son manifestación o reflejo lingual de una enfermedad sistémica generalizada. La dificultad de la clasificación de este tipo de patologías reside también, en que muchas de ellas tienen un origen desconocido.

El Profesor Daniel M. Lasquin, de la Universidad de Virginia, EE.UU. (2003)² clasifica la patología lingual de la siguiente manera:

— LESIONES EXCLUSIVAS LINGUALES

- Lesiones congénitas o de desarrollo: lengua fisurada, tiroides lingual, quiste dermoide, glositis romboidal media, etc.
- Traumáticas: úlcera traumática, granuloma piógeno, etc.
- Infecciosas: herpes simple, candidiasis, estomatitis aftosa recurrente, etc.
- Neoplásicas: benignas (papiloma, lipoma, etc.) y malignas (carcinoma de células escamosas, sarcoma, etc.).
- Ideopáticas: lengua vellosa y lengua geográfica.

— LESIONES LINGUALES DE ORIGEN SISTÉMICO

- Infecciosas: sífilis, SIDA, tuberculosis, etc.
- Discrasias sanguíneas: Anemia, leucemia.
- Enfermedades metabólicas: diabetes mellitus, hipotiroidismo...
- Alteraciones inmunológicas: pénfigo, penfigoide benigno, liquen plano...

A continuación, se presenta un caso clínico de patología oral con afectación lingual de un miembro de la dotación del BAA «Castilla» ocurrido durante el despliegue en la Operación ATALANTA, desde los meses de julio a diciembre del 2018.

CASO CLÍNICO

Paciente de 30 años, perteneciente a la UNAEMB (Unidad Aérea Embarcada) acude a consulta el 19 de octubre de 2018, con una lesión en el borde lateral y dorso de la lengua de cuatro días de evolución. La lesión es de aspecto ovalado, liso, brillante, de bordes blanquecinos y ligeramente elevados, con depa-

¹ Capitán Odontólogo Jefatura de Apoyo Sanitario de la Bahía de Cádiz en Rota.

Dirección de Contacto: Javier García Torres. Jefatura de Apoyo Sanitario de la Bahía de Cádiz en Rota. Enfermería de la B.N. Rota, 11530, Rota, Cádiz. Email: jgart11@mde.es Tlf: 956827221.

Recibido: 23 de septiembre de 2019

Aceptado: 20 de octubre de 2020

doi: 10.4321/S1887-85712020000400005



Figura 1. Lesión inicial. 19/10/2018.



Figura 2. Lesión una semana después del tto. inicial. 26/10/2018.

lación (Figura 1) y circunscrita a esa zona, no existiendo otras lesiones en ninguna otra parte de la cavidad oral.

El paciente no refiere ningún otro tipo de síntoma. Se realiza una historia clínica en la que el paciente no refiere ningún tipo de lesión oral previa, tipo herpes, lesiones aftosas o trastornos mucosos. Tampoco refiere ningún tipo de enfermedad sistémica que pudiera tener repercusión oral. Lo más reseñable de la historia clínica, es que el paciente toma regularmente una serie de complejos vitamínicos y complementos nutricionales (Calcium Zinc Magnesium®) para aumentar el rendimiento físico en el gimnasio. No está tomando ninguna medicación y no existen alergias.

Se hace el diagnóstico diferencial con el liquen plano, pero es muy extraño que no se vea afectada con una zona queratósica otra parte de la mucosa oral. Además, la ausencia de bordes blanquecinos-amarillos de aspecto reticular en el liquen plano ayuda a descartar estas lesiones. Se descarta también el lupus eritematoso al no haber lesiones cutáneas ni la clásica erupción en alas de mariposa en el área malar y nariz. Por último, también se descarta la candidiasis oral ya que se frota la zona lesionada con una gasa y no se desprende dejando una zona eritematosa.

Se insiste en si el paciente ha tomado alguna medicación, ya que, durante el despliegue en la Operación ATALANTA, en las



Figura 3. Reaparición de la lesión. 12/11/2018.

zonas de riesgo, se recomienda la toma de Malarone®, que puede cursar con lesiones a nivel oral³. A pesar de que en la fecha está recomendado por el equipo médico la toma del antimalárico, el paciente insiste en no haberlo tomado, por lo que se descarta que la lesión esté relacionada con el medicamento.

Se observa en los dientes 35, 36 y 37 con obturaciones de amalgama de plata. La primera intervención que se realiza, va orientada en este sentido, al existir una posible relación de causalidad entre las obturaciones y la lesión lingual. El diagnóstico de presunción es úlcera traumática. Se realiza un pulido y ajuste de las obturaciones y se pautan enjuagues de clorhexidina al 0,12% durante una semana.

Una semana después, el 26 de octubre, el paciente acude a consulta y se observa una gran mejoría, desapareciendo casi con totalidad la lesión (Figura 2). La zona se observa todavía ligeramente lisa y brillante, pero claramente el proceso de curación es favorable en este punto. No se observan lesiones en otras zonas de la lengua.

El 12 de noviembre, el paciente acude a consulta citado para la obturación de una pieza dentaria, y al observar la lengua, se vuelve a apreciar una lesión, del mismo tipo que la descrita en la figura 1, pero difiere ligeramente en tamaño y posición. La nueva lesión es más estrecha, y se presenta con lesiones «satélites» más pequeñas y hacia el borde anterior de la lengua (Figura 3). Al ser el mismo tipo de lesión, pero en diferente localización, se empieza a sospechar, tras un diagnóstico diferencial con otras patologías, que sea una lengua geográfica.

Llegados a este punto se decide realizar una analítica para valorar posibles alteraciones sistémicas, siendo una anemia lo que puede relacionarse más fácilmente con lesiones de este tipo en la lengua. Se sospecha de una anemia ya que el paciente cuida excesivamente su alimentación para mantener su forma física, idea corroborada por los complejos vitamínicos que ingiere. Al contar en durante despliegue en la misión, con un farmacéutico analista, los resultados los podemos tener el mismo día. Una vez obtenidos los resultados de la analítica, se observa que todos los valores están dentro de los parámetros considerados normales, por lo que se ha de descartar esta idea.

Al no existir dolor, ni molestias, ni picazón, se pauta un tratamiento de Clorhexidina al 0,12% dos veces al día durante una semana.



Figura 4. Lesión tras tto con CHX 0,12% una semana, dos veces al día. 19/11/2018.

El 19 de noviembre, el paciente acude a revisión. La lesión ha desaparecido casi por completo, aunque aún queda un pequeño vestigio (Figura 4). Tras esta revisión, se diagnostica definitivamente esta patología como lengua geográfica.

Durante el resto de despliegue se hace un seguimiento de la lesión, no volviendo a aparecer a fecha de envío de este artículo para su publicación. Se ha programado un programa de revisiones en la Clínica Dental de la Base Naval de Rota para su seguimiento.

DISCUSIÓN

Una de las patologías linguales más llamativas es la glositis migratoria benigna. Es una condición a la que la literatura le reserva diferentes nombres como lengua geográfica, eritema migratorio, estomatitis geográfica, anillo migratorio, etc. Es una condición inflamatoria que fue descrita por primera vez en 1831 por Rayer⁴. Es una lesión lingual benigna de tipo migratorio o localización cambiante, que aparece en dorso, bordes laterales y punta de la lengua. A veces puede aparecer en mucosa bucal y encía⁴.

La apariencia característica incluye una zona parcheada eritematosa, multifocal, irregular y ligeramente elevada. Estos parches eritematosos representan una pérdida de papilas filiformes y un adelgazamiento del epitelio. Las lesiones suelen estar rodeadas de un borde blanquecino que se compone de papilas filiformes en regeneración y una mezcla de queratina y neutrófilos^{4,6}. Son lesiones que pueden variar de tamaño, desde unos pocos milímetros a varios centímetros. Generalmente la lesión empieza en forma de una placa lisa y brillante que tiende a hacerse más grande con las lesiones adyacentes⁴, pudiendo encontrar lesiones únicas o múltiples. La localización y la forma varían en el tiempo, lo que explica el término «migratorio»^{4,6}.

La prevalencia en la población es del 1-2%, sin diferencias sexuales ni raciales⁵, pero apareciendo más frecuentemente en niños. Esto no implica que no pueda aparecer a cualquier edad.

La etiología de la lengua geográfica es desconocida. Se han propuesto diferentes factores etiológicos que pueden estar relacionados, pero ninguna de las causas sugeridas en la literatura

proporciona una evidencia significativa de una relación causal⁶. Algunos autores consideran que puede ser una anomalía congénita y otros lo consideran una reacción inflamatoria aguda. En general se ha relacionado con la psoriasis, el síndrome de Reiter, anemia, avitaminosis, alteraciones gastrointestinales o nutricionales, candidiasis, liquen plano, desórdenes hormonales, factores psicossomáticos y alergias^{6,9}.

Respecto a la psoriasis, es una de las asociaciones que se han estudiado con más ahínco. La psoriasis es una enfermedad dermatológica, inflamatoria y crónica. Se considera una enfermedad inmunológica de carácter crónico. Su aparición se relaciona con el estrés, los traumatismos, las infecciones bacterianas o virales, alteraciones hormonales y el uso de algunas drogas. Existen casos en los que junto a la psoriasis aparece una glositis migratoria, pero no existe una plena evidencia de que su relación sea directa. Sin embargo, se ha demostrado que los síntomas orales suelen aparecer cuando hay psoriasis en su forma activa y además existe una correlación directa entre la mejoría clínica o el empeoramiento clínico de la psoriasis somática y los síntomas de expresión oral de la misma⁷.

El diagnóstico se basará en la exploración, en la clínica, en su patrón migratorio, la ausencia de lesiones y en la cronicidad de las lesiones⁸. En contadas ocasiones se puede realizar una biopsia para obtener un diagnóstico definitivo. En los casos dudosos, el diagnóstico diferencial se incluirá candidiasis, leucoplasia, liquen plano, lupus eritematoso, herpes bucal, glositis romboidal media y lesiones traumáticas⁸.

Como en la mayoría de los casos la glositis migratoria benigna es asintomática, no es necesario un tratamiento específico, solo tranquilizar al paciente explicando que es una lesión benigna, ya que en estos casos es muy frecuente la «cancerofobia» por parte del paciente. En ocasiones puede aparecer cierto dolor o picazón, por lo que en estos casos se recomendará evitar alimentos condimentados, frutas ácidas^{6,9}, alimentos picantes, etc. Se puede tratar también con colutorios de soluciones anestésicas y antisépticas, aplicación tópica de esteroides, antimicóticos, etc. Algunos autores que lo relacionan con factores psicológicos, recomiendan tranquilizantes en ciertos casos^{10,11}. Hay autores que han conseguido mejorar los síntomas con tacrolimus tópico al 0,1%, aplicándose dos veces al día durante dos semanas¹².

CONCLUSIONES

La lengua geográfica es una patología lingual que suele presentarse en 1-2% de la población. Teniendo en cuenta el número de personas de la dotación del buque y la prevalencia de esta patología, se puede concluir que la lengua geográfica tiene posibilidades de aparición en este ámbito. Es por ello que el Oficial Odontólogo que despliega fuera de Territorio Nacional, tiene que estar informado de este tipo de patología, su etiología y tratamiento.

Se ha presentado un caso clínico de lengua geográfica acontecido durante el despliegue de un buque de la Armada en la Operación Atalanta. Tras el estudio con pruebas complementarias y un diagnóstico diferencial con otras patologías, se realiza el diagnóstico definitivo y se pauta el tratamiento oportuno.

La medicina oral y/o patología oral es quizá una de las ramas de la odontología a la que menos importancia se le otorga, debido al poco porcentaje de casuística en la consulta diaria. Pero es necesario darle la relevancia que se merece ya que, aunque la mayoría de lesiones que estudia la medicina oral suelen ser benignas y no suponen un grave problema para el paciente, si que existen otras, las que menos, cuya importancia reside en su malignidad e incluso mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bascones A, Medicina Bucal. Madrid. Ariel Ciencias Médicas, 2004.
2. Lasquin D, Giglio J, Rippert E. Differential diagnosis of tongue lesions. Quintessence International 34 (5): 331-342, 2003.
3. Robert W, Taylor J, White N. Antimalarial Drug Toxicity. 27 (1): 25-61. 2004.
4. Prinz h: Wandering rash of the tongue (geographic tongue). Dent Cosmos 69: 272-75, 1927.
5. Ceballos A, Bull P, Gandara JM, Chimenos E, Blanco A. Medicina Bucal Práctica. ASOPROGAIO: Danú, 2000.
6. Jainkittivong A, Langlis RP. Geographic tongue: clinical characteristics of 188 cases. J Contemp Dent Pract 1 (6): 123-35. 2005.
7. Kkilikan R, Villarroel M, Jiménez C, Mata M. Lesiones bucales en pacientes con psoriasis: estudio descriptivo de 200 pacientes. Ciencia Odontológica 8 (2): 120-125, 2011.
8. Robert G, Goldman H. Thoma. Patología Oral. Barcelona: Salvat, 1973.
9. Regezi J, Sciubba J. Patología bucal: correlaciones clinicopatológicas. 2.º de México: MacGraw-Hill Interamericana, 2000.
10. Wood N, Goaz P. Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales. 5.º de. Madrid: Harcourt Brace, 1998.
11. Raghoobar GM, de Bont LGM, Schoots CJF: Erythema migrans of the oral mucosa. Report of two cases. Quintessence Int 19: 809-11, 1988.
12. Ishibashi M, Tojo G, Watanabe M, Tamabuchi T, Masu T, Aiba S. J Dermatol Case Rep 4: 57-59, 2010.