

# Úlcera Eosinofílica. Diagnóstico presuntivo y diferencial

***Eosiniphilic ulcer. Presumptive and diferencial diagnosis.***

AUTOR

CO-AUTOR

**ESPECIALISTA ISABEL R. BONGIOVANNI**

Odontóloga. Especialista en Educación Superior. Especialista en Patología y Clínica estomatológica. Docente Cátedra Patología y Clínica Estomatológica. Facultad de Odontología. UNCuyo.  
E-mail: [ibongio@gmail.com](mailto:ibongio@gmail.com)

**ODONTÓLOGA JIMENA JUAREZ DONOSO**

Ayudante ad honorem. Cátedra Patología y Clínica Estomatológica. Facultad de Odontología. UNCuyo.  
E-mail: [odjuarezdonoso@gmail.com](mailto:odjuarezdonoso@gmail.com)

**RESUMEN**

La aparición de úlceras en la cavidad bucal puede ser originada a partir de distintas vertientes. Algunas son desencadenadas por mecanismos complejos y otras por mecanismos tan simples como un mordisco, pero no por ello menos riesgosas. Toda úlcera en mucosa bucal, ya sea queratinizada como no queratinizada, es un signo de alarma cualquiera fuera su etiología. La Úlcera Eosinofílica es una entidad poco frecuente que se autolimita y persiste en el tiempo provocando dificultades para hablar e ingerir alimentos. Se presenta un caso clínico tratado durante el aislamiento obligatorio implementado por la pandemia, por lo cual resuelve y no se logró hacer la biopsia. El diagnóstico ha sido clínico y terapéutico. Palabras claves: úlcera, trauma, lengua, eosinófilos y citosina (FGT- beta).

**ABSTRACT**

*The appearance of ulcers in the oral cavity can be originated from different aspects. Some are triggered by complex mechanisms and others by mechanisms as simple as a bite, but no less risky for that. Any ulcer in the oral mucosa, whether keratinized or non-keratinized, is an alarm sign regardless of its etiology. Eosinophilic Ulcer is a rare entity that is self-limited and persists over time causing difficulties in speaking and ingesting food. We present a clinical case treated during the mandatory isolation implemented by the pandemic, for which it resolved and the biopsy was not possible. The diagnosis has been clinical and therapeutic. Key words: ulcer, trauma, tongue, eosinophils and cytosine (FGT- beta).*

**INTRODUCCIÓN**

La Úlcera Eosinofílica es una entidad poco frecuente, benigna, autolimitada que puede presentarse en distintas áreas de la boca, lo hace con mayor frecuencia en vientre lingual. Clínicamente se presenta como una lesión ulcerada, de bordes indurados y sobre elevados. Histopatológicamente se ve

un infiltrado mixto abundante de eosinófilos acompañados por células grandes mononucleadas.

Con inmunohistoquímica se identifican linfocitos atípicos CD 30+ lo que posibilita incluir esta lesión en el espectro de los desórdenes linfoproliferativos. El mecanismo etiopatogénico aún no es claro, el trauma local juega un rol

todavía no dilucidado, aunque está presente con gran frecuencia dando la posibilidad de pensar en un mecanismo reactivo.

Es de interés excluir también cualquier causa infecciosa o tóxico-medicamentosa que puede haber actuado como agente causal.

También la Úlcera Eosinofílica es cono-

## Úlcera Eosinofílica. Diagnóstico presuntivo y diferencial

Isabel R. Bongiovanni; Jimena Juarez Donoso

**Figura 1:** *Úlcera dorso de lengua*



cida como granuloma ulcerativo traumático con eosinofilia estromal y como enfermedad de Riga – Fede en su presentación pediátrica. La enfermedad de Riga -Fede es una ulceración traumática en la cara ventral de la lengua, ocasionada por el roce de esta con el borde filoso de dientes natales o neonatales.

La Úlcera Eosinofílica es de tamaño variable, puede ir desde pocos milímetros a varios centímetros y está limitada por bordes indurados.

La edad de aparición puede ser desde 1 año a 80 años. Se instala en forma rápida y su persistencia plantea diversos diagnósticos diferenciales.

El diagnóstico definitivo lo da la biopsia. El estudio histopatológico muestra una ulceración no carcinomatosa, con un infiltrado inflamatorio polimorfo, dotado de una abundante eosinofilia que se extiende hasta alcanzar planos profundos de la úlcera.

El papel de los eosinófilos no está bien establecido. Estas células producen liberación de factores TGF-B1, factor capaz de inhibir el crecimiento celular, importante en el proceso de curación de las heridas.

El Factor de Crecimiento Transformante Beta (TGF-B) es una proteína (citoquina) que tiene un papel importante en la regulación de la proliferación y diferenciación de varios tipos de células, por lo que si se encuentra alterada en la producción de estos procesos, se asocia al retardo en la cicatrización de la Úlcera



**Figura 2:** *Elementos dentarios sin restauraciones de amalgamas.*



## Úlcera Eosinofílica. Diagnóstico presuntivo y diferencial

Isabel R. Bongiovanni; Jimena Juarez Donoso



**Figura 3:** *Evolución de la úlcera eosinofílica a los 7 días.*



**Figura 4:** *Evolución al mes de aparición.*

Eosinofílica, sumado a depósitos de fibrina y coágulos intracapilares. En algunos casos cura espontáneamente en días a un año. Los tratamientos pueden ser antibióticos, cirugía, corticoides intralesional o mixtos. Si el tratamiento es quirúrgico recidiva en un 15 %.

### ANTECEDENTES Y DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO.

Paciente de sexo femenino de 28 años de edad.

Antecedentes sistémicos: alergia a los metales en piel. Se investiga molusco contagioso en la zona superior interna de ambos muslos.

El motivo de consulta fue lesión dolorosa en dorso de lengua de un mes de evolución. (fig. 1)

No presenta fiebre, ni malestar general. No se palpan ganglios.

Llega a la consulta derivada con tratamiento de clorhexidina colutorio.

La paciente relata pasar la lengua en el tercer molar elemento 38 en erupción con frecuencia porque le molesta. En ese movimiento el dorso de la lengua fricciona en los elementos dentarios superiores.

No se observan restauraciones de amalgama en ningún elemento dentario.

(fig. 2)

### TRATAMIENTO

- El tratamiento que se realiza es expectante con control clínico.

- Se solicitó a la paciente colaboración evitando el hábito traumático de pasar la lengua por el tercer molar.

- Se le explico al paciente la importancia en evitar el hábito traumático de pasar la lengua por el tercer molar.

- Continuó decontaminando con clorhexidina una vez al día.

(fig. 3)

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial debe realizarse por la semejanza clínica con:

- Carcinoma espinocelular o epidermoide
- Chancro sífilítico
- Úlcera tuberculosa
- Histoplasmosis
- Lesión por virus
- Aftoide traumático

## Úlcera Eosinofílica. Diagnóstico presuntivo y diferencial

Isabel R. Bongiovanni; Jimena Juarez Donoso

**RESULTADOS DEL TRATAMIENTO** (fig. 4)

- Remisión espontánea
- Se continúa el control clínico

**DISCUSIÓN**

La presencia de una úlcera en la mucosa oral requiere de la mirada atenta y la necesidad de descartar un proceso neoplásico, también infecciones y otras patologías que podrían ser de origen sistémico. Las manifestaciones del pa-

ciente sobre la lesión son muy importantes y nos orientan dando pautas clínicas diagnósticas.

La Úlcera Eosinofílica se instala rápidamente y evoluciona persistiendo; a cualquier edad.

El diagnóstico definitivo es histopatológico, demuestra que es una úlcera no cancerígena, con infiltrado inflamatorio polimorfo y abundantes eosinófilos extendidos hasta los planos profundos de la úlcera.

**CONCLUSIONES**

A través del manejo clínico la Úlcera Eosinofílica ponemos en evidencia su carácter benigno y autlimitado, además la presencia de células T y CD30+ no implican agresividad biológica.

Es necesario conocer la patología y la clínica estructural de esta lesión para evitar tratamientos inadecuados y agresivos.

Es imprescindible el seguimiento clínico periódico de la evolución de la lesión.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. RIBEIRO ALR, OLIVEIRA MENDES FR, ALVES SM, PINHEIRO JJV. *Eosinophilic ulcer. The role of stress-induced psychoneuroimmunologic factors.* *Oral Maxillofac Surg.* 2011; 15:179-82.
2. ABDEL-NASSER MB, TSATSOU F, HIPPE S, KNOLLE J, ANAGNOSTOPOULOS I, STEIN H, ET AL. *Oral eosinophilic ulcer, an Epstein-Barr virus-associated CD30+ lymphoproliferation?.* *Dermatology.* 2011; 222:113-8.
3. HIRSHBERG A, AMARIGLIO N, AKRISH S, YAHALOM R, ROSENBAUM H, OKON E, ET AL. *Traumatic ulcerative granuloma with stromal eosinophilia. A reactive lesion of the oral mucosa.* *Am J Clin Pathol.* 2006; 126:522-9.
4. BOFFANO P, GALLESIO C, CAMPISI P, ROCCIA F. *Traumatic ulcerative granuloma with stromal eosinophilia of the retromolar region.* *J Craniofac Surg.* 2009; 20:2150-2.
5. SEGURA S, ROMERO D, MASCARO JM, COLOMO L, FERRANDO J, ESTRACH T. *Eosinophilic ulcer of the oral mucosa: another histological simulator of CD30+ lymphoproliferative disorders.* *Br J Dermatol.* 2006; 155:460-3.
6. U.S. National Library of Medicine 8600 Rockville Pike, Bethesda, MD 20894 U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health Pub med. *Ulcerative eosinophilic.* Página actualizada 16 septiembre 2020.
7. SHE WR, CHANG JV, CHENG SJ, ET AL. *Oral traumatic ulcerative granuloma with stromal eosinophilia: Aclínico pathological study of 34 cases.* *J forms Med Assoc* 2015; 114:881-885.