

Placas blancas en la mucosa yugal

White sponge nevus

Lola Kuperman Wilder¹, Luciana Cabral Campana² y Esteban Maronna³

¹ Médica Residente
División de Dermatología, Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

² Médica de Planta, Docente Adscripta, Universidad de Buenos Aires
División de Dermatología, Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

³ Médico Patólogo
División de Anatomía Patológica, Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
División de Anatomía Patológica, Sanatorio Mater Dei, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: Lola Kuperman Wilder

E-mail: lolakuperman@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 20/4/21

Fecha de trabajo aceptado: 28/10/21

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Dermatol. Argent. 2021, 27 (4): 173-174

CASO CLÍNICO

Un paciente de 35 años, con antecedentes de tabaquismo (20 cigarrillos/día durante 15 años), fue derivado por el odontólogo, quien notó la presencia de placas blancas asintomáticas con disposición simétrica en la mucosa yugal. El paciente no recordaba el tiempo de evolución y negó lesiones similares en otros miembros de su familia.

En el examen físico se evidenciaban placas blanquecinas de bordes difusos, de aspecto esponjiforme e hiperqueratósico, que abarcaban de forma simétrica el tercio superior de la mucosa yugal y respetaban la línea de la mordida. Las lesiones no se desprendían con el bajalenguas (Fotos 1 y 2). No se hallaron otras mucosas afectadas.



FOTOS 1 y 2: Placas blancas de aspecto esponjiforme, de borde difuso y disposición simétrica, en el tercio superior de la mucosa yugal, que respetan la línea de mordida.

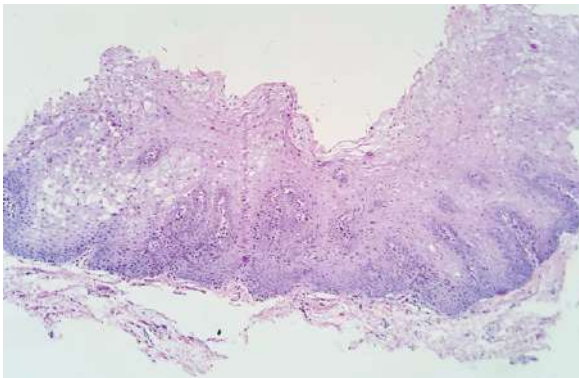


FOTO 3: Epitelio escamoso con acantosis, elongación de las crestas interpilares, paraqueratosis y sectores de células claras (HyE, 100X).

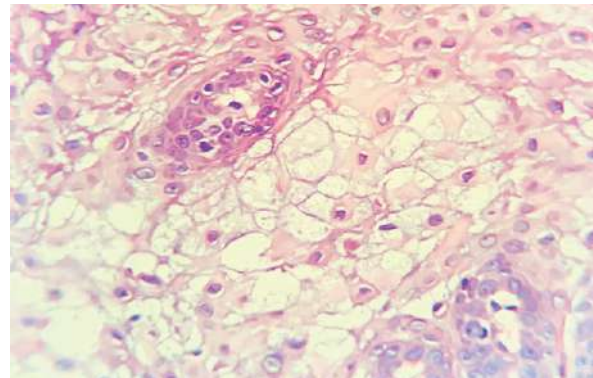


FOTO 4: Vacuolización de los citoplasmas de los queratinocitos, queratinocitos anucleados y células con condensaciones eosinófilas perinucleares (HyE, 400X).

Se realizó una biopsia con sacabocados. El estudio histopatológico informó: epitelio escamoso con paraqueratosis, acantosis y aclaramiento de los queratinocitos. Se observaron algunos queratinocitos anucleados y células disqueratósicas con condensaciones eosinófilas perinucleares (Fotos 3 y 4).

Dado que las lesiones eran asintomáticas, se decidió no realizar tratamiento y continuar con el control periódico anual de la lesión.

DIAGNÓSTICO

Nevo blanco esponja.

DISCUSIÓN

El nevo blanco esponja (NBE) es una enfermedad autosómica dominante que suele aparecer en la infancia como placas blancas asintomáticas en la mucosa bucal, debidas a una alteración de la queratinización¹. Se trata de una enfermedad benigna e infrecuente, de penetrancia incompleta, que puede afectar también otras mucosas (genital, digestiva y vía aérea)^{1,2}.

Las lesiones no tienen potencial maligno y son asintomáticas, aunque pueden atravesar períodos de exacerbaciones y remisiones secundarias a sobrecrecimiento bacteriano^{2,3}.

Clínicamente, se manifiesta como máculas y placas queratósicas blancas, bilaterales y simétricas, con superficie esponjosa^{1,2,4}. El sitio más frecuente de aparición es la mucosa yugal, seguida de los labios, la mucosa gingival y el piso de la boca. Se han publicado casos de afectación nasal, esofágica, laríngea y anogenital^{5,6}.

El análisis histológico muestra: epitelio escamoso con paraqueratosis, acantosis con elongación y ensanchamiento de crestas, espongirosis, y vacuolización y aclaramiento del citoplasma de los queratinocitos suprabasales. Suele haber algunos queratinoci-

tos anucleados en la porción superficial del epitelio. Asimismo, pueden distinguirse células disqueratósicas superficiales, y condensaciones eosinófilas perinucleares y paranucleares, que corresponden a agregados de tonofilamentos^{1,4,6}.

Las mutaciones de queratina 4 y 13 se atribuyen al desarrollo del NBE. Ambas se expresan específicamente en los filamentos intermedios de queratina de la capa espinosa de las mucosas bucal, esofágica y anogenital^{3,5,6}. Estas mutaciones llevan a fenotipos con pérdida de la integridad del epitelio³.

La biopsia es necesaria para excluir lesiones clínicamente similares^{5,6}. La leucoplasia, en primera instancia, por su potencial maligno. Otro diagnóstico diferencial es el leucoedema, que está asociado al tabaco y a los traumatismos masticatorios. El liquen plano, la candidiasis y otras genodermatosis también se asemejan al NBE^{1,2,4,5}.

El pronóstico es excelente y el nevo no suele sufrir cambios luego de su aparición. Como no tiene capacidad de malignización y es asintomático, no requiere tratamiento^{1,6}. Se propusieron, para los pacientes con una alteración estética o funcional, aplicaciones tópicas de tetraciclina 0,025% y ácido retinoico de 0,05% al 3% en orabase. En casos muy sintomáticos secundarios a sobrecrecimiento bacteriano, se sugiere el uso de tetraciclinas por vía oral. Existe la posibilidad de la resolución quirúrgica en los pacientes con una intensa hiperqueratosis^{1,2,4-6}.

En conclusión, se presenta el caso de un paciente joven, sin antecedentes familiares, cuyas lesiones clínicas plantearon distintos diagnósticos diferenciales. Con la anatomía patológica se confirmó el NBE y no requirió tratamiento. Es importante recordar este diagnóstico ante una lesión blanca en la boca y diferenciarla de aquellas con potencial maligno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mezquida-Fernández C, García-De Marcos JA, Arroyo-Rodríguez S, Poblet E. Nevus esponjoso blanco. *Rev Esp Ciruj Oral Maxilofacial*. 2014;36:141-143.
2. Amores-Martín E, Melé-Ninot G, del Alcázar Viladomiu E, Fernández-Figueras MT. Tratamiento del nevus blanco esponjoso. Aportación de un caso con respuesta a doxiciclina oral y revisión de la literatura. *Actas Dermosifiliogr*. 2020;112:463-466.
3. Cai W, Jiang B, Yu F, Yang J, et al. Current approaches to the diagnosis and treatment of white sponge nevus. *Expert Rev Mol Med*. 2015;17:1-9.
4. Piqué Durán E, Palacios Llopis S, Jordán Sales D. Leucoedema frente a nevo blanco esponjoso. A propósito de un caso. *Actas Dermosifiliogr*. 2000;91:408-411.
5. Songu M, Adibelli H, Diniz G. White sponge nevus: clinical suspicion and diagnosis. *Pediatr Dermatol*. 2012;29:495-497.
6. Sobhan M, Alirezai P, Farshchian M, Eshghi G, et al. White sponge nevus: report of a case and review of the literature. *Acta Med Iran*. 2017;55:533-535.