

LEUCOPLASIA VELLOSA Vs ESTOMATITIS UREMICA, DILEMA CLINICO

HAIRY LEUKOPLAKIA VS UREMIC STOMATITIS, CLINICAL DILEMMA

Andrea Sahagún C¹, Diana E. Aguirre A¹, Kassia C García Z¹,
Guillermo Riggen M¹, Evangelina Gutiérrez C¹.
evangelina.gutierrez@edu.uag.mx

Palabras clave: leucoplasia, uremia, placa blanca, insuficiencia renal.

Introducción. La Leucoplasia vellosa (LV) ocurre generalmente en el curso de la infección por VIH, inmunosupresión y replicación del virus de Epstein Barr (VEB) en la mucosa oral [1,2]. Se manifiesta en forma de lesión corrugada, blanquecina y asintomática, localizada comúnmente en bordes laterales de la lengua [1-4]. La estomatitis urémica (EU) es una complicación poco frecuente de la uremia que ocurre como resultado de la insuficiencia renal avanzada (IRA), se clasifica en: eritematopultácea, ulcerativa, hemorrágica e hiperqueratósica [3]. El objetivo de este cartel es presentar el caso de paciente con placas blancas en borde lateral de la lengua y su reto diagnóstico.

Reporte de caso. Paciente femenino de 22 años, se presentó a la clínica de odontología de la UAG, con motivo de consulta “revisión general” a la exploración intraoral se observaron placas blancas no desprendibles en bordes laterales de la lengua (Fig. 1) y carrillos y anomalías de estructura en primeros molares. Se solicita pulido, guarda y estudios paraclínicos. En su revisión a 3 semanas no se observan cambios, por lo que se descartó el morsicatio. Se indicó biopsia, en donde se reportó acantosis, hiperparaqueratosis, edema intercelular, se sugirió la hibridación in-situ (ISH) para VEB. Después refirió tener IRA

Discusión. La relación clínico-patológica será la clave en su diagnóstico. La EU y la LV comparten muchos aspectos como su aspecto clínico e histológico [1-4]. Martins aclara que el aspecto histológico de acantosis, hiperqueratosis, degeneración balonzante e inflamación subyacente no son exclusivos para LV [2], observándolos también en la EU hiperqueratósica. McCreary clarifica que en la EU se ha demostrado que la uremia elevada es requisito para el desarrollo de lesiones orales y negativo para VEB [3]. Mientras que para el diagnóstico de LV la ISH es su gold estándar [2].

Conclusión. Para realizar un diagnóstico correcto, es necesario contar con la elaboración de una buena historia clínica y la total colaboración del paciente, de lo contrario se dificulta el proceso.

Referencias

1. De la Rosa E, Mondragón A. (2014) Lesiones bucales asociadas a inmunosupresión en pacientes con trasplante renal. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 52(4):442-7
2. Martins L, Rosseto JH, Silva N, Bertoldi J, Braz-Silva PH, Ortega K. (2017) Diagnosis of Oral Hairy Leukoplakia: The importance of EBV In Situ Hybridization. *International Journal of Dentistry* 1-6.

1. Departamento de Diagnóstico. Departamento de Quirúrgico-Estomatológico. Departamento de Patología Bucal. Universidad Autónoma de Guadalajara. Facultad de Odontología UAG. Av. Patria 1201, Lomas del Valle C.P. 45129, Zapopan, Jalisco, México. Apdo. Postal 1-440

3. McCreary CE, Flint SR, McCartan BE, Shields JA, Mabruk M, Toner ME. (1997) Uremic stomatitis mimicking oral hairy leukoplakia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* **83**:350-3
4. Woo SB, Lin D. (2009) Morsicatio Mucosae Oris-A Chronic Oral Frictional Keratosis, Not a Leukoplakia. *J Oral Maxillofac Surg* **67**:140-146



Figura 1. Vista de las placas blancas no desprendibles al raspado de superficie corrugadas localizadas en el borde lateral de la lengua.