



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE
LA ÚLCERA TRAUMÁTICA CON ESTROMA
EOSINOFÍLICO; UN ESTUDIO DE 26 CASOS.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

SANDRA LICONA MUÑOZ

TUTOR: DR. LUIS ALBERTO GAITÁN CEPEDA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE LA ÚLCERA TRAUMÁTICA
CON ESTROMA EOSINOFÍLICO; UN ESTUDIO DE 26 CASOS.



Dedicatoria

A mi universidad por la oportunidad de dejarme aprender de mi carrera, por permitirme llegar tan lejos, por las personas que conocí, por los conocimientos adquiridos, por las tristezas y por las alegrías, gracias.

A mi mamá Blanca, por su amor, apoyo, dedicación, consejos, tiempo, coraje, cariño, por las risas, por las palabras, por impulsarme a ser siempre una mejor persona, gracias siempre. Te amo.

A mi papá Elpidio, por las fuerzas, por tu trabajo, por los consejos, por el apoyo, por los regaños, por el cariño gracias. Te amo.

A mi hermana Ana por las risas, el apoyo, y el cariño. A mi hermano Juan por escucharme, por apoyarme y hacerme reír. A mi hermano Brian por el apoyo, los consejos y la ayuda.

A los tres gracias por aguantar mis llantos, gracias por quererme, gracias por todo siempre. Los amo.

A mis amigas Gloria y Brenda, por su amor, consejos y apoyo, por su amistad que ya es hermandad, por las risas y los llantos, mil gracias.

A mi asesor el doctor Luis Alberto Gaitán, por el apoyo, por el tiempo y la oportunidad, por su ayuda y consejos muchas gracias.

A todas las personas que me han apoyado y que he conocido en mi camino. Mil gracias.

A Dios por todo, por llenarme de alegría, paz, luz y fuerza.



ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	5
II. ANTECEDENTES.....	6
2.1 Etiología.....	7
2.2 Características clínicas.....	9
2.3 Histología.....	11
2.4 Localización.....	13
2.5 Epidemiología.....	14
2.6 Diagnóstico diferencial.....	14
2.7 Tiempo de evolución.....	16
2.8 Inmunohistoquímica.....	16
2.9 Azul de Toluidina.....	17
2.10 Úlcera de Riga Fede.....	19
2.11 Tratamiento.....	21
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
IV. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	22
V. OBJETIVOS.....	23
5.1 General.....	23
5.2 Específico.....	23



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE LA ÚLCERA TRAUMÁTICA
CON ESTROMA EOSINOFÍLICO; UN ESTUDIO DE 26 CASOS.**



VI. MATERIAL Y MÉTODO.....	24
6.1 Recursos materiales.....	24
6.2 Selección y tamaño de la muestra.....	24
6.3 Análisis estadístico.....	24
6.4 Método.....	24
VII. RESULTADOS.....	27
VIII. DISCUSIÓN.....	34
IX. CONCLUSIONES.....	37
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38



I. INTRODUCCIÓN

La úlcera traumática con estroma eosinofílico (TUGSE), es una lesión benigna y rara de la mucosa bucal, su etiología y patogénesis es desconocida. Clínicamente se presenta como una úlcera crónica y dolorosa que generalmente se localiza en la lengua. Histopatológicamente se caracteriza por un proceso inflamatorio crónico con gran presencia de eosinófilos.

TUGSE es una lesión poco comprendida tanto en génesis como en patogenia, los estudios acerca del comportamiento de esta lesión son pocos por lo que consideramos que se debe abundar en esta lesión para así conocer más acerca del comportamiento que presenta tanto clínico como histológicamente.

Esta lesión se presenta en pacientes pediátricos, adultos y adultos mayores. En los infantes la lesión es conocida como Úlcera de Riga Fede, la cual se asocia principalmente al trauma ocasionado por dientes natales o neonatales.

La localización más común de esta lesión es en la lengua especialmente en los bordes laterales, sin embargo, puede localizarse en otras áreas como el labio, el paladar, encía y el piso de boca. TUGSE se presenta clínicamente como una úlcera con márgenes elevados e indurados, la presentación clínica imita al carcinoma de células escamosas por lo que se debe considerar de alta importancia para un diagnóstico correcto.

II. ANTECEDENTES

En 1881 Riga realizó un informe acerca de una lesión ulcerativa en la superficie ventral de la parte anterior de la lengua y en la mucosa vestibular del labio inferior, principalmente en niños menores de 2 años, producidos por fricción entre la lengua, el labio y los dientes. En 1890, Fede describe las características histológicas de este tipo de lesiones. Posterior a esto se le comenzó a llamar enfermedad de Riga Fede.¹⁴

La úlcera eosinofílica de la mucosa oral se describió por primera vez en adultos por Popoff en 1956. Los primeros informes en la década de 1960 lo incluyeron dentro del espectro de granuloma facial y algunos autores propusieron el termino de granuloma úlcerado de la lengua. En 1970 la lesión fue propuesta como una entidad distinta por Shapiro y Juhlin debido a sus características clínicas y por ser una lesión de cavidad oral.^{13, 14}

En 1983 Elzay revisó 19 casos de la literatura granuloma eosinofílico traumático y de la enfermedad de Riga Fede, se informaron 41 casos nuevos con clínica y descripciones histológicas, lo que dio como resultado características histológicas y clínicas iguales por lo que los autores decidieron incluir a ambas lesiones en una misma entidad.^{1, 2, 13,}

La úlcera eosinofílica de la mucosa oral es una enfermedad única y de entidad relativamente recientemente. Se usan distintos nombres, por ejemplo, granuloma traumático de la lengua, granuloma ulceroso traumático o por sus siglas en ingles Traumatic Ulcerative Granuloma whit Stromal Eosinophilia (TUGSE).

2.1 Etiología

La etiología de TUGSE es aún inespecífica, existe una teoría que ha sugerido que los eosinófilos representan una reacción tisular a algún antígeno desconocido introducido a través de la descomposición de la mucosa después del trauma.³ Se sugiere que el trauma en alguna zona de la cavidad oral provoca que se introduzcan microorganismos, toxinas y proteínas distintas por lo cual se activa el sistema inmunológico, dando como resultado la activación de las células T. Se produce la liberación de linfocinas (IL-1, IL-5, TNF). La linfocina IL-1 se encarga de la maduración y liberación de eosinófilos, también se encarga de la maduración a mastocitos y de la quimiotaxis de los eosinófilos. La linfocina IL-5 se encarga de aumentar la secreción de inmunoglobulinas y de mediar la activación de los eosinófilos. Una vez inducidos los eosinófilos y la desgranulación de mastocitos se produce una proteína básica principal. También se activa el TNF, factor de necrosis tumoral, alfa (TNF- α) que es una citoquina proinflamatoria y de defensa del huésped, cuya producción exagerada lleva a enfermedades inflamatorias crónicas.^{3,26}

Al final hay una degeneración del producto citotóxico de los eosinófilos acompañado de una degeneración y necrosis de células epiteliales y endoteliales musculares.³

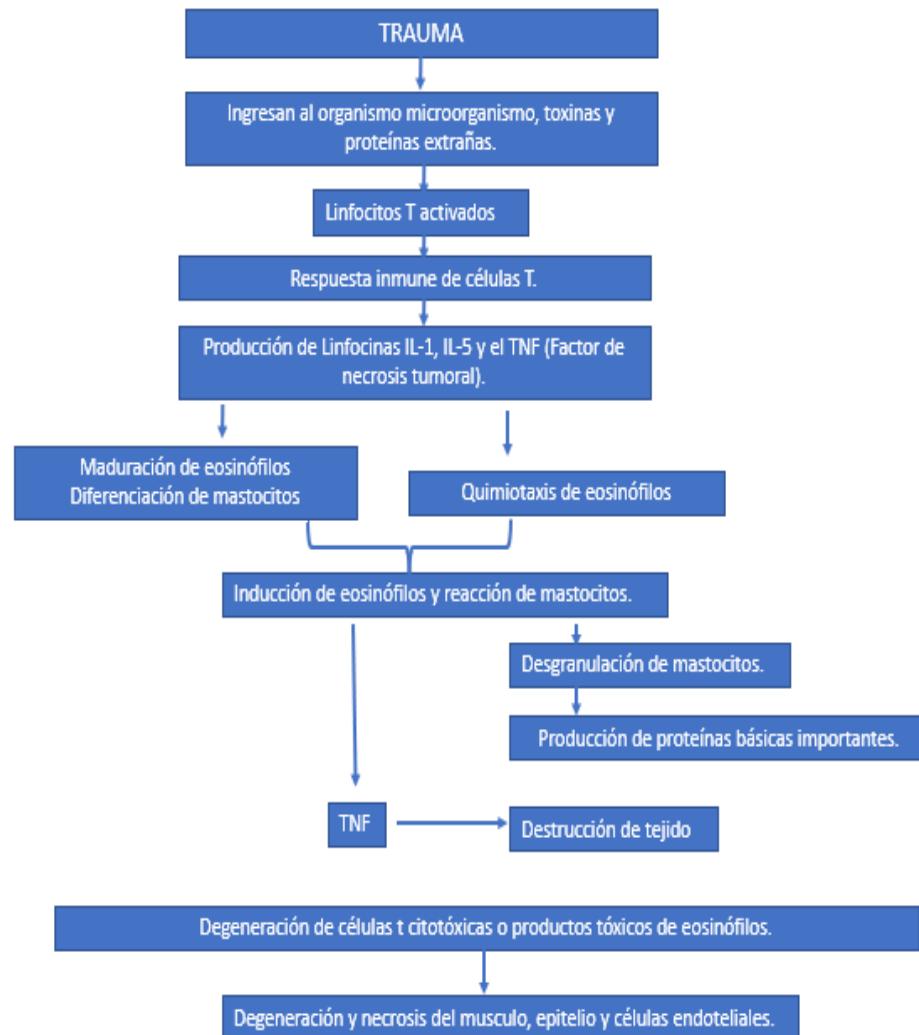


Figura 1 tomada de Bhushan Sharma, George Koshy, Shekhar Kapoor. Traumatic Ulcerative Granuloma with Stromal Eosinophila: A Case Report and Review of Pathogenesis. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2016 oct, Vol-10

2.2 Características clínicas

TUGSE se presenta como un nódulo solitario, doloroso y que se caracteriza por una úlcera central con una base amarillenta y fibrinosa.^{2, 3} Los márgenes de la úlcera suelen tener una apariencia endurecida y puede tener márgenes definidos o indefinidos.^{2, 3} Según estudios anteriores el 50% de las lesiones se desarrollan en la lengua, específicamente en la parte dorsal o superficies laterales, pero pueden presentarse en cualquier lugar de la mucosa. (Fig 2 y 3) La úlcera traumática con estroma eosinofílico es una lesión de crecimiento rápido, que típicamente se desarrolla en días a semanas. A pesar de que regresa espontáneamente, la lesión puede tardar semanas o meses en resolverse.²



Figura 2 paciente masculino de 52 años. Fotografía tomada de la clínica de Patología Bucal de la DEPeI Odontología UNAM.

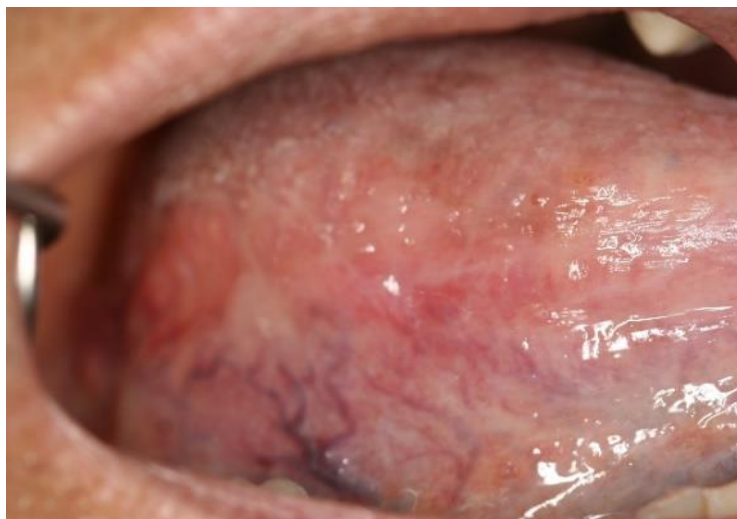


Figura 3 paciente femenina de 50 años. Fotografía tomada de la clínica de Patología Bucal de la DEPeI Odontología UNAM.

2.3 Histología

Histopatológicamente, la lesión muestra un epitelio ulcerado y un estroma que muestra un infiltrado inflamatorio mixto en la lámina propia e infiltración submucosa por población polimorfa de células que tienen forma y tamaño variable con pleomorfismo nuclear, hipercromatismo, pocas mitosis y células atípicas. La base de la úlcera está compuesta de abundantes tejidos de granulación con un pesado infiltrado de neutrófilos, linfocitos y células plasmáticas, así como diferentes grados de infiltrado eosinofílico. Los eosinófilos se caracterizan por tener núcleos bilobulados y pequeños gránulos rojos redondos en el citoplasma con secciones de tejido teñidas con hematoxilina y eosina.^{1,2,10} Presenta un denso infiltrado inflamatorio polimórfico. Los tipos de células dominantes en la inflamación son eosinófilos. La presencia de eosinófilos no se entiende completamente porque la mayoría de las úlceras orales traumáticas carecen de eosinófilos o no se presentan en abundancia.¹⁰

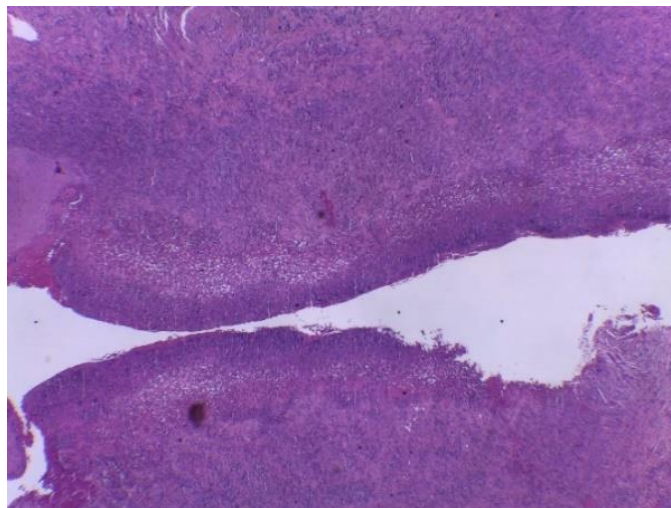


Figura 4 fotografía tomada del Laboratorio de Medicina y Patología Bucal de la DEPeI Odontología UNAM.

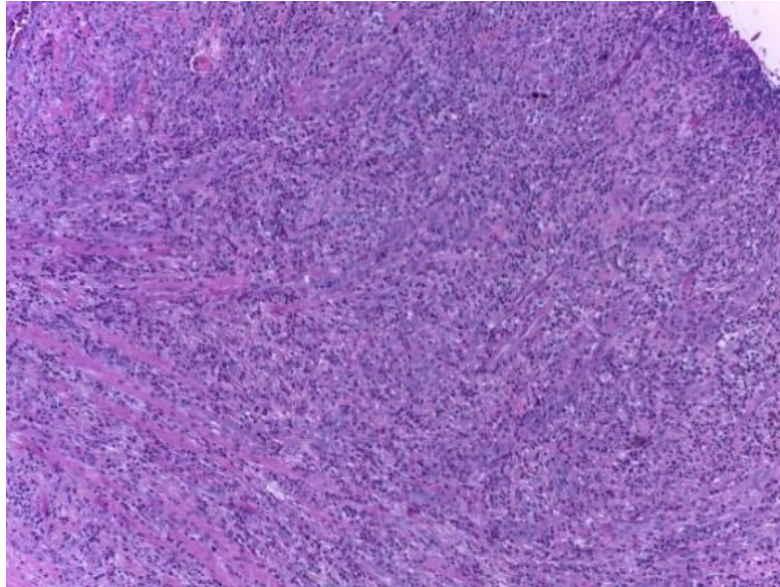


Figura 5 fotografía tomada del Laboratorio de Medicina y Patología Bucal de la DEPeI Odontología UNAM.

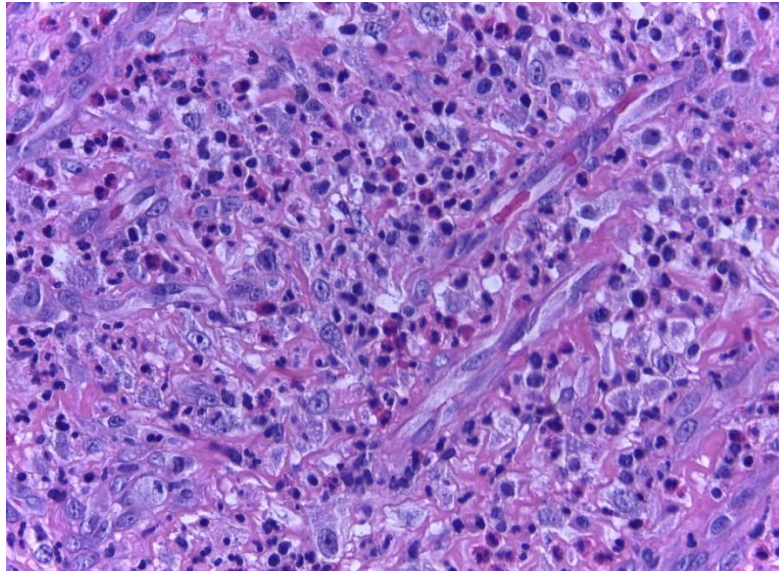


Figura 6 fotografía tomada del Laboratorio de Medicina y Patología Bucal de la DEPeI Odontología UNAM.

2.4 Localización

La localización más común de esta lesión es en la lengua especialmente en los bordes laterales, sin embargo, puede localizarse en otras áreas como el labio, el paladar, encía y el piso de boca.^{1,3,5}

TUGSE se presenta clínicamente como una úlcera con márgenes elevados e indurados, puede ser asintomática y ocasionalmente asociado con dolor.



*Figura 7 paciente masculino de 52 años.
Fotografía tomada de la clínica de Medicina y
Patología Bucal de la DEPEl Odontología UNAM.*



*Figura 8 paciente masculino de 52 años. Fotografía
tomada de la clínica de Medicina y Patología Bucal
de la DEPEl Odontología UNAM.*



Figura 9 paciente masculino de 52 años. Fotografía tomada de la clínica de Medicina y Patología Bucal de la DEPEl Odontología UNAM.

2.5 Epidemiología

En cuanto a la distinción de género, pacientes masculinos y femeninos se ven igualmente afectados, sin embargo, hay estudios de casos clínicos donde se halló que es más frecuente en el género femenino.^{3, 6}

La edad promedio es a partir de los 50 años y para pacientes pediátricos aproximadamente desde el primer mes de nacidos hasta el tercero.^{3, 6}

La lesión suele ser unilateral y también multifocal como se ha mencionado en algunos artículos. La recurrencia no es frecuente, pero si se ha reportado.⁶

2.6 Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial es muy variado por mencionar los ejemplos más comunes: carcinoma de células escamosas, sífilis, linfoma, neuroma traumático, tumores de las glándulas salivales entre otros tipos de tumores.

La mayoría de las veces el diagnóstico clínico más llamativo es el carcinoma de células escamosas debido a que el TUGSE imita clínicamente en muchos casos al COCE, esto debido a que estamos hablando de una úlcera que puede medir más de 1.5 cm, abarca en la mayoría de los casos el borde lateral de la lengua, de color rojo y con halo blanquecino, y en muchos casos a pesar de tratamientos tópicos esta lesión no cede.

A continuación, presentamos una tabla donde separa las características específicas de TUGSE y del COCE.¹

	Úlcera eosinofílica	Úlcera maligna	Úlcera traumática
Etiología	Desconocida, reactiva, inflamatoria.	Genética	Traumática
Características clínicas	Usualmente como una úlcera solitaria	Úlcera	Úlcera
	Endurecimiento y bordes elevados e indurados.	Úlcera profunda con bordes elevados endurecidos, exofítico o crecimiento verrugoso.	No tiene bordes elevados.
	A menudo asintomático.	Asintomático en etapas tempranas.	Sintomática.
	Recuperación rápida después del tratamiento	Crecimiento ulceroso proliferativo y curación no espontánea.	Recuperación rápida después de remover el agente traumático
	Frecuentemente en la lengua	Lengua/mucosa oral	Mucosa oral
	No involucra ganglios linfáticos	No afecta ganglios linfáticos solo en las primeras etapas	Afectación frecuente de ganglios linfáticos
Hallazgos histopatológicos	Epitelio intacto, bien diferenciado, con intenso infiltrado inflamatorio, ligeramente hiperplásico y eosinofilia pronunciada.	Pérdida de la membrana basal y arquitectura perturbada de las capas basales del epitelio, existe un reemplazo de las células basales por células grandes e irregulares con procesos citoplásmicos que se extienden hacia el tejido conectivo	Epitelio escamoso estratificado hiperplásico o no, hiperqueratosis, que consiste en tejido granulomatoso e intenso infiltrado inflamatorio de células mixtas.
Tratamiento	Biopsia incisional y corticoesteroides	Cirugía, radioterapia y quimioterapia.	Remover el agente traumático

Cuadro tomado de artículo; Chandra S, Raju S, Sah K, Anand P. Traumatic ulcerative granuloma with stromal eosinophilia. Arch Iran Med. 2014: 91 – 94.

2.7 Tiempo de evolución

El tiempo de evolución desde que el paciente la nota en cavidad oral es distinta en cada paciente, de acuerdo con la revisión bibliográfica de varios artículos el menor tiempo fue de dos semanas y el mayor de hasta 6 meses.^{2,3,5,6}

2.8 Inmunohistoquímica

La característica inmunohistoquímica ha sido un tema de debate debido al origen desconocido de las células grandes, atípicas y mononucleares. El último estudio revela que se trata de células CD30 positivas que se originan a partir de linfocitos T.⁵⁸ El CD30 es un marcador histológico para la enfermedad linfoproliferativa, el linfoma de Hodgkin. Sin embargo, también ocurre en muchos trastornos cutáneos no neoplásicos, como dermatitis atópica, reacción adversa a medicamentos o picaduras de insectos y arañas.^{28,59,}

Ficarra et al., plantearon primero la hipótesis de un posible origen linfoproliferativo sobre la base de hallazgos clínicos e histológicos. Alobeid et al., apoyaron esta característica mediante análisis inmunohistoquímico y PCR.⁶⁰ Segura y Pujol revisaron la úlcera eosinofílica de la mucosa oral y la consideraron como un patrón reactivo inespecífico en lugar de una entidad distinta.²⁸

2.9 Azul de Toluidina

El azul de toluidina es un colorante acidofílico y metacromático que pertenece al grupo de las tiazidas. Su característica principal es que tiñe selectivamente componentes ácidos de los tejidos, tales como sulfatos y radicales fosfatos incorporados en el ADN y ARN de las células. Por ello se utiliza para hacer tinciones nucleares "in vivo" basado en que las células displásicas y anaplásicas contienen mayor cantidad de ácidos nucleicos y por tanto retienen la tinción. La sensibilidad de la prueba es alta y como inconvenientes se han señalado los falsos positivos que puede generar. La utilización conjunta del azul de toluidina y en la cavidad bucal la aplicó por primera vez Epstein en Canadá en 1992. Actualmente se utiliza como una prueba de valoración en cavidad oral muy inclinada a detectar posibles cambios anormales en distintas lesiones de la mucosa bucal. En nuestro estudio a algunos pacientes se les aplicó esta tinción para descartar lesiones malignas. Los resultados fueron negativos.

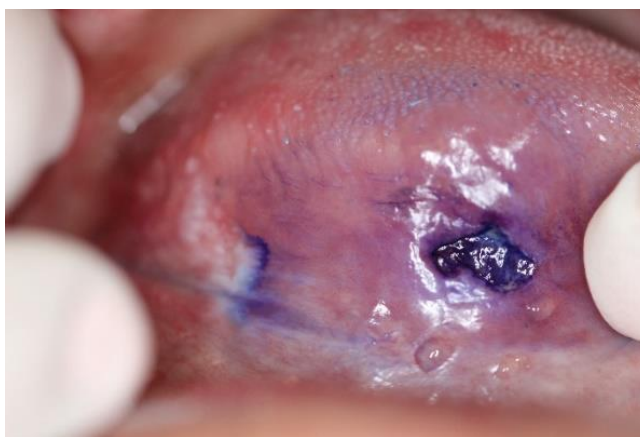


Figura 10 paciente femenino de 44 años. Fotografía tomada de la clínica de Medicina y Patología Bucal de la DEPEI Odontología UNAM.



Figura 11 paciente femenino de 44 años. Fotografía tomada de la clínica de Medicina y Patología Bucal de la DEPel Odontología UNAM.

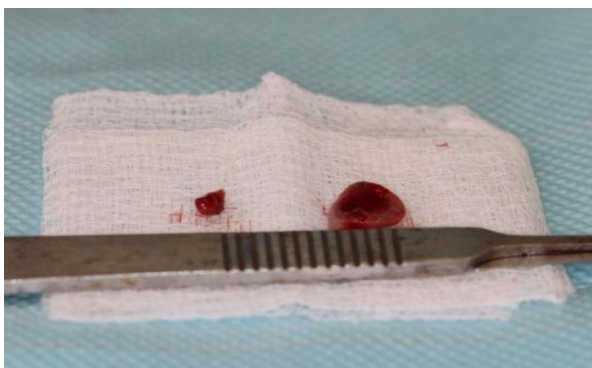


Figura 12 espécimen de biopsia tomada a paciente femenina de 44 años. Fotografía tomada de la clínica de Medicina y Patología Bucal de la DEPel Odontología UNAM.



Figura 13 paciente femenina de 44 años. Fotografía tomada de la clínica de Medicina y Patología Bucal de la DEPel Odontología UNAM.

2.10 Úlcera de Riga Fede

La enfermedad de Riga Fede es descrita por primera vez en 1881 por un médico italiano Antonio Riga y en 1890 por Fede quien realizó estudios histológicos de las lesiones. Slaryton en el 2000 la describe como un trastorno de la mucosa bucal benigno y poco común. La enfermedad de Riga Fede se caracteriza por una ulceración reactiva de la mucosa oral.

La erupción de los primeros dientes primarios comienza en promedio alrededor de seis meses de edad. La presencia de dientes al nacer o dentro de un mes después de la entrega es raro. Estos dientes se llaman dientes natales cuando están presentes en el nacimiento y dientes neonatales cuando erupcionan durante el período neonatal (primeros 30 días de vida). Se estimó que la prevalencia de los dientes natales era de 1: 2000 y dientes neonatales de 1: 3500. En la mayoría de los casos, estos no son dientes supernumerarios, sino dientes primarios regulares. La etiología exacta de los dientes natales y neonatales se desconoce. Algunas hipótesis son herencia autosómica dominante; alteraciones en el sistema endocrino específicamente en órganos como la hipófisis, tiroides y gónadas; alteraciones de este tipo pueden provocar resorción excesiva de hueso subyacente dando como resultado la erupción temprana de los dientes; también puede deberse a una mala salud materna, alteraciones endocrinas, episodios febriles durante el embarazo y sífilis congénita. La presencia en el momento del nacimiento de los incisivos inferiores puede conducir a la posibilidad de deglución y aspiración y sin embargo se puede dar el desarrollo de la enfermedad de Riga-Fede, úlceras traumáticas que pueden estar localizadas en la superficie ventral de la lengua

y labio. Clínicamente aparece como una úlcera localizada en la lengua, aunque otras áreas como labio, paladar, encía, mucosa bucal y piso de boca.⁶¹ El trauma constante provocado por los dientes natales o neonatales puede evolucionar a una masa fibrosa agrandada, ulcerada y con aspecto de un granuloma. Esta lesión hace que sea difícil para el lactante la succión durante la alimentación poniendo en riesgo la salud del lactante por deficiencias nutricionales.⁶¹

Es importante que los profesionales puedan reconocer la lesión y el agente causal para una evaluación, diagnóstico y tratamiento adecuado. El fracaso en el diagnóstico puede provocar deshidratación y la ingesta inadecuada de nutrientes por parte del bebé, aumentando el potencial de infección en el sitio de la lesión.



Figura 14 tomada de artículo Şule Çavuş, Riga Fede disease in the upper jaw in an infant, Dermatologic Therapy. 2017.



Figura 15 tomada de artículo Şule Çavuş, Riga Fede disease in the upper jaw in an infant, Dermatologic Therapy. 2017.

2.11 Tratamiento de TUGSE

Se han descrito diferentes tipos de enfoques terapéuticos para TUGSE y el más común debido a sus características es la remoción quirúrgica y en la mayoría de los casos no hay recidivas sin embargo como se mencionó anteriormente estas pueden darse en algunos casos. ^{28,59}

La clínica de TUGSE es siempre muy importante, al inicio se pueden empezar a pensar en una úlcera traumática convencional por lo que el tratamiento sugerido es remover posibles factores irritantes que estén lastimando los tejidos orales, en este caso principalmente zonas de la lengua y mucosa oral. Algunos artículos también sugirieron la aplicación de enjuagues bucales tópicos, corticoesteroides orales, paliativos y en algunos casos el uso de antibióticos. ^{13, 28,59}

En la revisión de artículos de esta investigación el tratamiento que se aplicó en todos los casos fue la biopsia excisional para poder analizarla detalladamente y descartar cualquier tipo de lesión maligna; en algunos casos se aplicó un desgaste selectivo de dientes que pudieran estar ocasionando un trauma continuo a los tejidos.

El tiempo de cicatrización es aproximadamente de 20 días. Una vez que un diagnóstico maligno es descartado y el diagnóstico de TUGSE es confirmado se recomienda mantener en observación.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

TUGSE es una lesión rara de la cavidad oral, se caracteriza por ser una úlcera en la lengua, puede imitar clínicamente un carcinoma oral, sin embargo, como ya se menciona anteriormente es una lesión totalmente benigna. En gran parte de los casos es dolorosa esta lesión y aun no se tiene un tratamiento específico debido a que es una lesión poco estudiada, esto provoca que en muchos casos TUGSE no sea una lesión conocida y por lo tanto que no sea tratada de una manera correcta por los odontólogos y médicos.

IV. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En la población mexicana no existen estudios acerca de la población que ha padecido esta lesión y sus características específicas, no se tienen datos específicos del mecanismo de reacción de los eosinófilos y tampoco si se asocia a algún tipo de trastorno inmunológico, tampoco se sabe si esta lesión es ocasionada por algún habito nocivo como el alcohol y el cigarro, o por factores psicológicos como el estrés, por ello considero importante un estudio acerca de esta lesión que, a pesar de presentarse en raras ocasiones, conocer las características de los pacientes que la presentan TUGSE podría ser interesante e importante para dar un buen diagnóstico y tratamiento.



CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE LA ÚLCERA TRAUMÁTICA CON ESTROMA EOSINOFÍLICO; UN ESTUDIO DE 26 CASOS.



V. OBJETIVOS

5.1 General

Describir las características clínicas e histopatológicas de la úlcera traumática con estroma eosinofílico.

5.2 Específicos

Describir las características clínicas e histopatológicas de una serie de 26 casos, así como actualizar los perfiles demográficos de los pacientes con TUGSE de la clínica de Medicina y Patología bucal de la DEPEI, Facultad de Odontología.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 Recursos materiales

- Se utilizó un microscopio de luz de la marca Leica DM 750.
- Computadora haciendo usos de los programas Word, Excel y el programa estadístico SPSS Statistics.

6.2 Selección y tamaño de la muestra

Se realizó la selección de la muestra revisando las carpetas de los resultados de cerca de 9000 expedientes del laboratorio de Medicina y Patología Bucal del DEPEl de la Facultad de Odontología, desde el año 2004 hasta el año 2018 (enero-julio). Y cerca de 7000 resultados de la clínica de Medicina y Patología Bucal del DEPEl de la Facultad de Odontología. Se seleccionaron todos expedientes con un diagnóstico presuntivo o confirmado de TUGSE.

6.3 Análisis estadístico

Se utilizó el programa SPSS Statistics para los resultados estadísticos del estudio.

6.4 Método

Para realizar nuestro estudio acerca de TUGSE se revisó el archivo de la clínica de Medicina Bucal perteneciente a la División de Estudios de Posgrado e Investigación (DEPEl) de la Facultad de Odontología.

El estudio se ejecutó en tres etapas principalmente. La primera consistió en una recopilación de información de todos los posibles casos que se presentaron en la clínica de Patología Bucal perteneciente al DEPEl de la Facultad de Odontología, en la segunda fase se realizó una confirmación de



CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE LA ÚLCERA TRAUMÁTICA CON ESTROMA EOSINOFÍLICO; UN ESTUDIO DE 26 CASOS.



información recabada y la tercera del análisis estadístico y las conclusiones generales de todos los datos obtenidos.

Primera etapa: Se revisó el archivo de la clínica de Patología y Medicina Bucal pertenecientes a los archivos de los años 2004 hasta el 2018 (exclusivamente hasta el mes de junio del año 2018) únicamente con el diagnóstico presuntivo de TUGSE o úlcera traumática. De los archivos aislados se procedió a buscar según el expediente clínico completo y si se les realizó biopsia y un estudio histopatológico.

Segunda etapa: Una vez realizado un cruce de información entre los casos de la clínica de patología bucal y sus respectivos reportes de estudio histopatológico, se realizó una rectificación de dicha información revisando sus laminillas correspondientes. Se incluyeron todos los casos exclusivos con diagnóstico de TUGSE.

Posteriormente se buscó de igual manera en el archivo del Laboratorio de Patología bucal del año 2004 hasta el año 2018 (exclusivamente hasta el mes de junio del año 2018), los reportes con diagnóstico histopatológico de TUGSE o úlcera traumática, también se procedió a buscar las laminillas correspondientes para su revisión y confirmación. La revisión de laminillas se realizó en el Laboratorio de Patología y Medicina Bucal del DEPeI. Se utilizó un microscopio de luz de la marca Leica DM 750 revisando a 100x y 400x aumento, las laminillas fueron revisadas por un experto en patología bucal certificado por el Consejo Mexicano de Patología Bucal, (LAGC). Debido a que el laboratorio de Patología y Medicina Bucal no solo recibe muestras exclusivas de la clínica, si no también muestras externas, se procedió a separar los casos de reporte de la clínica como los reportes externos, ambos se incluyeron en el estudio con sus datos completos.



CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE LA ÚLCERA TRAUMÁTICA CON ESTROMA EOSINOFÍLICO; UN ESTUDIO DE 26 CASOS.



Posterior a la revisión de laminillas, tanto exclusivas de la clínica como de los estudios de muestras externas, se acomodaron los datos en gráficas para poder analizarlas.

Tercera etapa: De los casos clínicos se separaron datos como género, edad, antecedentes patológicos como alguna enfermedad sistémica y no patológicos como adicciones al cigarro y al alcohol, localización, diagnóstico clínico, características histopatológicas y tratamiento. Posteriormente se edificó un análisis estadístico para confirmar asociaciones. Con los datos obtenidos se cristalizó una base de datos expofeso para obtener distribuciones, frecuencias y medidas de tendencia central de las variables incluidas.

VII. RESULTADOS

Género.

Nuestro estudio abarcó 26 casos de TUGSE. El total de pacientes femeninas con diagnóstico de TUGSE fue de 21, es decir un 80% de los casos son mujeres, los pacientes masculinos con diagnóstico de TUGSE fueron 5, lo que significa que un 20% de los casos son hombres.

Porcentaje por genero			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Femenino	21	80,8
	Masculino	5	19,2
	Total	26	100,0

Tabla 1 resultados por genero de los casos clínicos TUGSE.

Edad.

La edad de los pacientes oscilo entre los 20 y los 83 años, la edad promedio es de 45.9 años. En nuestro estudio la lesión se presento en mayor número en pacientes que estaban en la sexta década de vida.

		Edad	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	20	2	7.7
	34	1	3.8
	35	1	3.8
	44	1	3.8
	51	1	3.8
	52	1	3.8
	55	3	11.5
	58	2	7.7
	61	1	3.8
	62	1	3.8
	63	1	3.8
	64	1	3.8
	65	2	7.7
	66	1	3.8
	68	1	3.8
	76	1	3.8
	77	1	3.8
	78	2	7.7
	82	1	3.8
83	1	3.8	
	Total	26	100.0

Tabla 2 resultados por genero de los casos clínicos TUGSE.

Antecedentes personales patológicos y no patológicos.

Los antecedentes patológicos de los pacientes más comunes fueron hipertensión arterial y colitis, en un total de 5 pacientes, el resto no refirió algún antecedente patológico. En cuanto a los antecedentes personales no patológicos el más común fue el tabaco y el alcohol en al menos 8 pacientes, es decir un 30 % de los casos.

Localización.

Para la localización de la lesión se identificaron siete zonas más frecuentes; la más común fue en el borde lateral de la lengua, para el lado izquierdo fue un 27%, y para el lado derecho fue de igual manera un 27%. Se puede interpretar que la lesión se presentó en el borde lateral de la lengua en un 54% de los pacientes, el resto se divide en zonas como punta de la lengua, zona ventral de la lengua, dorso de la lengua, encía y mucosa yugal. La zona donde menos se presentó la lesión fue en la mucosa yugal representando un 4% y en punta de la lengua representando también un 4%.



Figura 16 paciente masculino de 52 años. Fotografía tomada de la clínica de Medicina y Patología Bucal de la DEPeI Odontología UNAM.

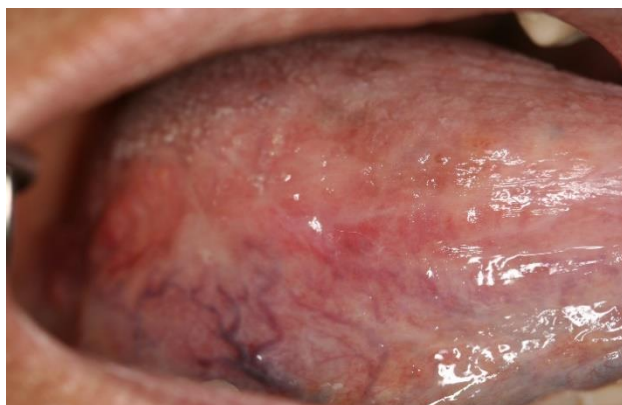


Figura 17 paciente femenina de 50 años. Fotografía tomada de la clínica de Medicina y Patología Bucal de la DEPeI Odontología UNAM.

		Localización	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Borde lateral izquierda lengua	7	26,9
	Punta de lengua	1	3,8
	Zona ventral de la lengua	5	19,2
	Dorso de la lengua	3	11,5
	Borde lateral derecho lengua	7	26,9
	Encía	2	7,7
	Mucosa yugal	1	3,8
	Total	26	100,0

Tabla 3 resultados de la localización de los casos clínicos TUGSE.

Diagnóstico clínico.

Los diagnósticos clínicos más frecuentes fueron cinco; el más frecuente fue úlcera traumática abarcando el 61% de los casos, COCE fue el segundo diagnóstico clínico más común mencionado en un 23% de los casos. Los diagnósticos clínicos menos frecuentes fueron hiperplasia fibrosa con 4% y carcinoma mucoepidermoide con un 4% también.

Diagnósticos Clínicos			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Úlcera traumática	16	61,5
	COCE	6	23,1
	TUGSE	2	7,7
	Carcinoma mucoepidermoide	1	3,8
	Hiperplasia	1	3,8
	Total	26	100,0

Tabla 4 resultados de los diagnósticos clínicos de los casos de TUGSE.

Diagnóstico Histopatológico.

Se realizó una revisión de las 26 laminillas para su estudio histopatológico comprobando que todas coinciden en un patrón similar a lo referido por la literatura, todas con un epitelio ulcerado y un abundante número de eosinófilos, así como otras células inmunológicas en mucho menor cantidad.

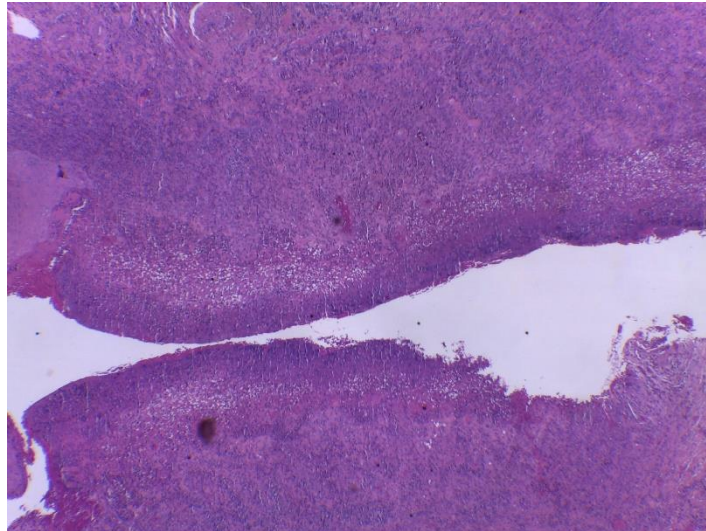


Figura 16 tomada del Laboratorio de Medicina y Patología Bucal del DEPeI, Odontología UNAM.

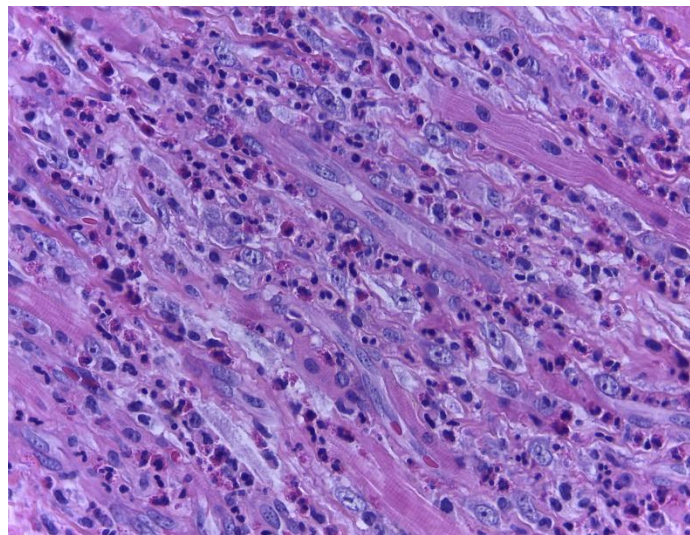


Figura 17 tomada del Laboratorio de Medicina y Patología Bucal del DEPeI, Odontología UNAM.



CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE LA ÚLCERA TRAUMÁTICA CON ESTROMA EOSINOFÍLICO; UN ESTUDIO DE 26 CASOS.



Tratamiento.

El tratamiento de todos los casos clínicos que registramos en esta investigación fue la eliminación de posibles factores que estuvieran lastimando los tejidos de la cavidad bucal, principalmente de la lengua y de la mucosa bucal, por ejemplo, se realizaron desgastes selectivos de posibles piezas dentarias que estuvieran causando un trauma constante en los tejidos. Posteriormente se les receto a los pacientes enjuagues con solución filadelfia tres veces al día antes de cada comida y en otros casos se recomendó enjuagues con clorhexidina al 0.2% tres veces al día antes de cada comida durante 10 días. Debido a que las molestias disminuían en los pacientes, pero las lesiones no resolvían, se realizaba una biopsia.

Debido a las características clínicas de estas lesiones, se les realizo biopsias excisionales para poder estudiarles y poder descartar cualquier indicio de malignidad.

VIII. DISCUSIÓN

El granuloma ulcerativo traumático con estroma eosinofílico TUGSE, es considerado una lesión benigna y autolimitada. Es conocida bajo una variedad de nombres como granuloma traumático, úlcera eosinofílica de la mucosa oral, granuloma eosinófilo de lengua etc. Puede ser diagnosticada a cualquier edad, pero es más común en los recién nacidos y en los adultos a partir de la quinta década de la vida.

La literatura nos presenta varias investigaciones clínicas parecidas a la nuestra, en nuestra revisión de literatura se hallaron 38 estudios clínicos de TUGSE, de los cuales tres se componen de series de casos clínicos. La serie más pequeña fue de 3 casos, la siguiente fue de 15 casos y la serie más grande fue de 70 casos.^{20,29,30} Nuestro estudio abarco 26 casos, podríamos considerar que estamos en un buen rango de número de pacientes y que es el único estudio del que hasta el momento se tiene conocimiento realizado con pacientes mexicanos. La serie más grande pertenece a un estudio de 70 casos realizado en Estados Unidos revisando los Archivos del Departamento de Patología Oral de la Colegio de Medicina de Virginia desde el año 1962 hasta el año 1983.²⁰ El estudio fue realizado por Richard P. Elzay y cols.²⁰ De los 70 casos solo 40 pertenecen al estudio de P. Elzay, los 30 restantes son tomados y agregados de investigaciones distintas y de revisiones bibliográficas.²⁰ Es una investigación muy importante pues es la serie más grande registrada en la literatura; La investigación intento dar un seguimiento exhaustivo a todos los casos aceptados, y con ayuda de su Servicio de Cirugía Oral y Patología se ayudó en los controles de las biopsias. Se incluyeron todas las lesiones con características clínicas de TUGSE y de distintos tipos de tejido como encía, mucosa bucal, lengua y paladar. Para el diagnóstico histológico se tomó en cuenta la presencia, distribución y concentración de eosinófilos, las laminillas



CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE LA ÚLCERA TRAUMÁTICA CON ESTROMA EOSINOFÍLICO; UN ESTUDIO DE 26 CASOS.



se revisaron mediante microscopía óptica con un objetivo de 40x. También se registraron datos como edad, sexo, localización, método de tratamiento, y si hubo asociación con algún trauma.

La siguiente serie es de 15 casos clínicos pertenecientes al Departamento de Patología de la Universidad Fairleigh Dickinson Facultad de Medicina Dental, Hackensack, Nuevo Jersey. El estudio abarca 15 casos, los pacientes tenían edades comprendidas entre 42 y 77 años con una mediana de 62 años. Había ocho hombres, siete mujeres. Las lesiones afectaban la lengua (diez casos), la mejilla (dos casos), la mucosa alveolar (dos casos), y piso de la boca (un caso). El tamaño de la lesión osciló entre 0,3 cm y 5,0 cm con una mediana de 2,0 cm. Tenían una duración media de 1 mes, con un rango de 2 semanas a 6 meses. En el 90% de los casos la causa se determinó como traumática y la lesión se presentó en todos los casos en lengua. La mayoría de las lesiones fueron extirpadas y curadas sin complicaciones. Hubo dos casos donde apareció recurrencia por lo que fueron tratados con tópicos y / o esteroides sistémicos con buenos resultados. Las historias médicas de los 15 pacientes no eran no contributivas. No hubo historias reportadas de asma, alergias u otras condiciones que pudieran estar asociada con eosinofilia tisular.

El siguiente artículo pertenece a la División de Dermatología del Departamento de Patología de la Universidad de British Columbia en 1995. Describen tres casos de los cuales se incluyen toda la información posible. Dos fueron del género femenino y uno del género masculino. Las edades fueron de 28, 39 y 50 años. La localización fue en borde lateral de lengua. Los pacientes no refirieron antecedentes patológicos de importancia.

En la revisión de los restantes 35 artículos con caso clínico decidimos colocar los datos principales como edad, sexo, localización, tamaño de la lesión, diagnóstico clínico presuntivo, antecedentes y tratamientos. Los resultados fueron los siguientes: Las lesiones se presentaron en un 57% en género femenino y en un 42% en el género masculino. Las edades oscilan entre los 8 y los 93 años, con una edad promedio de 50 años. La lesión con diámetro mayor fue de 2.5cm y la menor de 1cm. La zona más común donde se presentó la lesión fue el borde lateral de la lengua con un 49% de los casos. Los antecedentes personales no patológicos en la mayoría fueron irrelevantes y solo un 11% menciona ser fumador activo. En cuanto a los diagnósticos clínicos más comunes el carcinoma oral abarcó un 31% de los casos y la úlcera traumática un 17%.

De acuerdo con nuestra investigación y la revisión de la literatura podríamos pensar que TUGSE se inclina ligeramente más en el grupo femenino que en el masculino.^{2,3} Las lesiones son más comunes en la lengua, específicamente en el borde lateral, aunque también puede presentarse en encía, paladar o reborde alveolar. En nuestro estudio un 30% de los pacientes tenían antecedentes no patológicos de tabaco y alcohol, podríamos pensar que este antecedente es un factor que pudiera influir en la aparición de las lesiones, sin embargo, no todos los artículos mencionan que se investigó o cuestionó a los pacientes acerca de este factor.

El tratamiento de las lesiones en la mayoría de los casos es la biopsia excisional y también medicamentos como analgésicos y paliativos.

IX. CONCLUSIONES

TUGSE es una lesión de etiología desconocida pero que la mayoría de los autores la relacionan a factores traumáticos, es una lesión que si se trata adecuadamente puede tener una resolución rápida y sin reincidencia.

TUGSE puede imitar un carcinoma oral clínicamente, sin embargo, es una lesión totalmente benigna y que hasta la fecha no tiene ningún reporte de ser una lesión que pueda malignizar.

El género por el que se inclina es el femenino y la edad donde se presenta más es en la quinta década de la vida. Nuestro estudio indica que el tabaco y el alcohol pudieran influir en la aparición de TUGSE sin embargo no hay estudios que investiguen o hablan exactamente de estos factores.

El tratamiento de estas lesiones es la biopsia debido a sus características clínicas, en diferentes casos se recetaron medicamentos como analgésicos, paliativos y en algunos casos corticoesteroides. TUGSE es una lesión benigna interesante y que debe ser tomada en cuenta como diagnóstico presuntivo en ciertos tipos de lesiones ulcerativas en lengua.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chandra S, Raju S, Sah K, Anand P. Traumatic ulcerative granuloma with stromal eosinophilia. Arch Iran Med. 2014; 91 – 94.
2. M. M. Mezei, MD, CM:J. K. Rivers, Eosinophilic ulcer on the oral mucosa. División de Dermatología, Universidad de Columbia Británica, Vancouver, B.C., Canadá.
3. Bhushan Sharma, George Koshy, Shekhar Kapoor. Traumatic Ulcerative Granuloma with Stromal Eosinophilia: A Case Report and Review of Pathogenesis. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2016 oct, Vol-10.
4. Andrzej Marszałek, Izabela Neska-Długosz. Traumatic Ulcerative Granuloma With Stromal Eosinophilia. A Case Report And Short Literature Review. Department Of Clinical Pathomorphology, Collegium Medicum In Bydgoszcz, Nicolaus Copernicus University, Toruń, Poland. Pol J Pathol 2011; 172-175.
5. Paolo Boffano, MD. Traumatic Ulcerative Granuloma With Stromal Eosinophilia of the Retromolar Region. The Journal of Craniofacial Surgery & Volume 20, Number 6, November 2009.
6. A.Velez, F, J.Alaivillo, Eosinophilic Ulcer Of The Oral Mucosa: Report Of A Recurrent Case on the Tongue. Clinical and experimental Dermatology 1997; 22: 154-156.
7. Katerina Damevska, MD. Eosinophilic Ulcer of the Oral Mucosa: Report of a Case With Multiple Synchronous Lesions. Am J Dermatopathol Volume 36, Number 7, July 2014.
8. Esmeralda Silva Díaz, Enfermedad de Riga-Fede, Anales de Pediatría, Barcelona 2018.

9. Catherine L. Salisbury, T-Cell Receptor Gene Rearrangement and CD30 Immunoreactivity in Traumatic Ulcerative Granuloma With Stromal Eosinophilia of the Oral Cavity, *Am J Clin Pathol* 2009;722-727.
10. Ioulia Chatzistamou, Traumatic Ulcerative Granuloma With Stromal Eosinophilia: Report of a Case and Literature Review, *American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons, J Oral Maxillofac Surg* 70:353, 2012.
11. Laura Yacovone, Riga-Fede Disease: A Rare Sublingual, Traumatic Ulcerative Lesion in a Child, *Otolaryngology– Head and Neck Surgery* 146 333–334.
12. Adone Baroni, Lingual traumatic ulceration (Riga–Fede disease), *International Journal of Dermatology*, 2006, 1096–1097..
13. Olujide Soyele, Traumatic Ulcerative Granuloma with Stromal Eosinophilia: Review of the Literature and Case Report, Department of Oral Maxillofacial Surgery and Oral Pathology, Obafemi Awolowo University, Ile Ife, Nigeria.
14. J. C. de Vicentc Rodriguez, J. Atypical histiocytic granuloma of the tongue: case report, *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 1991, 29, 350-352.
15. Marcelo Gadelha Vasconcelos, Eosinophilic ulcer of the lateral tongue: case report, Post-Graduate Program, Oral Pathology, Dentistry Department, RSBO. 2011 Oct-Dec; 459-63.
16. Shalabh Rastogi, Eosinophilic Ulcer of Oral Mucosa: A Case Report, Remedy Publications LLC, Volume 1, 2006, Article 1066.
17. Katerina Damevska, Eosinophilic Ulcer of the Oral Mucosa: Report of a Case With Multiple Synchronous Lesions, *Am J Dermatopathol*, Volume 36, Number 7, July 2014.
18. Dario Didona, Eosinophilic ulcer of the tongue - Case report, *An Bras Dermatol*. 2015; 88-90.

19. Hiroshi Yamazaki, Concurrent onset of an eosinophilic ulcer of the oral mucosa with peripheral eosinophilia in a human T-cell leukemia virus type I Carrier, Department of Oral Surgery, Tokai University School of Medicine, 143, Shimokasuya,, Isehara Kanagawa 259-1193, Japan.
20. Elzay RP: Traumatic ulcerative granuloma with stromal eosinophilia. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 155:497, 1983.
21. Bernardo Ferreira Brasileiro. Traumatic ulcerative granuloma with stromal eosinophilia of the palate showing an angiocentric/angiodestructive growth pattern. Contemporary Clinical Dentistry, Vol 3, 10.
22. Jason N. Butler, Traumatic Ulcerative Granuloma With Stromal Eosinophilia: A Malignant Appearing Benign Lesion, Cutis. 2017;100:E28-E31.
23. Beatriz Vera-Sirera, Úlcera eosinofílica lingual: un reto diagnóstico de patogénesis controvertida, Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial, España 2011.
24. Andrea Candido dos Reis, Traumatic Ulcerative Granuloma with Stromal Eosinophilia around Mini Dental Implants without the Protection of a Denture Base, Journal of Prosthodontics 24 (2015) 83–86.
25. Gagari Eleni, Traumatic Ulcerative Granuloma With Stromal Eosinophilia: A Lesion With Alarming Histopathologic Presentation and Benign Clinical Course, Am J Dermatopathol 2011;33:192–194.
26. Abraham Hirshberg, Traumatic Ulcerative Granuloma With Stromal Eosinophilia A Reactive Lesion of the Oral Mucosa, Am J Clin Pathol 2006;126:522-529.
27. Canan Eren Dagli, Ekrem Guler, Ulcerative Traumatic Granuloma of the Oral Cavity, Indian Pediatrics, Volume 45-july-17, 2008.

28. Segura, Eosinophilic ulcer of the oral mucosa: another histological simulator of CD30+ lymphoproliferative disorders, British Association of Dermatologists, British Journal of Dermatology 2006 155, pp460–463.
29. G. Ficarra, Traumatic Eosinophilic Granuloma of the Oral Mucosa: a CD30+(Ki-1) Lymphoproliferative Disorder?, Oral Oncology, Vol. 33, No. 5, pp. 375-379, 1997.
30. S. N. Bhaskar, Traumatic granuloma of the tongue (human and experimental), United States Army Institute Of Dental Research, Volume 18, Number 2.
31. Chang Hyun SONG. Losing a tongue tip from an eosinophilic ulcer of the oral mucosa, Department of Dermatology, Pusan National University School of Medicine, Busan 602-739, Korea.
32. John L, Eosinophilic Ulcer, J Oral Maxillofacial Surg 1989, 47:349-352.
33. R. Sarangarajan, Traumatic ulcerative granuloma with stromal eosinophilia Mystery of pathogenesis revisited, J Pharm Bioallied Sci. 2015 Aug; 7 420–S423.
34. Sateesh S. Chavan, Traumatic ulcerative eosinophilic granuloma with stromal eosinophilia of tongue, Department of Pathology, Karnataka Institute of Medical Sciences, South Asian Journal of Cancer July-September 2013, Volume 2.
35. Marcelo Carlos Bortoluzzi, Eosinophilic ulcer of oral mucosa: a case report, Annali di Stomatologia 2012; vol. III: 11-13.
36. Małgorzata Misterska, Eosinophilic ulcer of the oral mucosa: Report of a child with CD30-negative cells in an infiltration on the lower lip, Department of Dermatology, Poznan University of Medical Sciences, 2010; 16(8): CS95-99.

37. Shashi Ranjan, Atypical histiocytic granuloma: A differential to nonhealing ulcers of the oral cavity, *Indian Journal of Dental Research*, Volume : 25 ,Issue : 3, Page : 406-409.
38. Wollina U. Riga-Fede-Like disease in a 70 year old woman. *Indian J Dermatol* 2010;55:92-94.
39. Ana Maria Calistru, Case for diagnosis, *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 2012;87(5):791-2.
40. Ellie G. Maghami, *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, Vol 126, May 2000.
41. Rongioletti F, Traumatic eosinophilic ulcer of the oral Mucosa, *Plastic and Reconstructive Surgery*: September 1990 - Volume 86, Issue 3, ppg 613.
42. Paula Cabral de Menezes Gurfinkel, Eosinophilic Ulcer of the Oral Mucosa, *Skin Med*, 2012;10:228-231.
43. Eduardo Sanches Gonzales, Eosinophilic ulcer of the oral mucosa versus squamous cell carcinoma, *Quintessence International*, Volume 38, Number 8.
44. Lombardi, R. Kijljer, J. Samson." Eosinophilic ulceration of the oral mucosa. A case report. *Int. J. Oral Maxillofac Surg*. 1993; 22: 366-367.
45. Uwe Wollina, Riga-Fede-Like Disease In A 70 Year Old Woman, *Indian J Dermatol*. 2010 Jan-Mar; 55(1): 92–94.
46. A.C. Bencini, Úlcera eosinófila de la mucosa oral, *Rev Esp Cir Oral Maxilofac* 2009;31,4 (julio-agosto):257-263.
47. Kunal Sah, Eosinophilic ulcer of the tongue masquerading as malignant ulcer: An unexplored distinct pathology, *Journal of Oral and Maxillofacial*, Vol 3, Issue 2, Pag 321.
48. Esmeralda Silva Díaz, Enfermedad de Riga-Fede, *An Pediatr (Barc)*. 2018.
49. Şule Çavuş, Riga-Fede disease in the upper jaw in an infant, *Dermatologic Therapy*. 2017.
50. Kanumuri PK, Riga Fede Disease, *Journal of Neonatal Surgery* 2017; 6:20.

51. Luiz Evaristo Ricci Volpato, Riga-Fede Disease Associated with Natal Teeth: Two Different Approaches in the Same Case, Hindawi Publishing Corporation, Volume 2015, Article ID 234961, 4 pages.
52. J. Li, Y. Riga–Fede disease in a child, British Association of Dermatologists, 2015.
53. Paul Hong, Riga-Fede Disease: Traumatic Lingual Ulceration in an Infant, J Pediatr 2015;167:204.
54. Pediatric Dermatology Vol. 32 No. 3, 135, 2015
55. Manouri P Senanayake, Persistent lingual ulceration (Riga-Fede disease) in an infant with Down syndrome and natal teeth: a case report, Journal of Medical Case Reports 2014, 8:283.
56. Yash Bafna, Management of sublingual ulceration in a 12-month-old child, BMJ Case Rep 2013.
57. Tang TT, Glicklich M, Hodach AE, Oechler HW, McCreadie SR. Ulcerative eosinophilic granuloma of the tongue. Am J Clin Pathol. 1981;75:420–25.
58. Cepeda LT, Pieretti M, Chapman SF, Horenstein MG. CD30-positive atypical lymphoid cells in common on-neoplastic cutaneous infiltrates rich in neutrophils and eosinophils. Am J Surg Pathol. 2003;27:912-18.
59. Hirshberg A, Amariglio N, Akrish S, Yahalom R, Rosenbaum H, Okon E, et al. Traumatic ulcerative granuloma with stromal eosynophilia: Reactive lesion of the oral mucosa. Am J Clin Pathol. 2006;126:522-29.
60. Alobeid B, Pan LX, Milligan L, Budel L, Frizzera G. Eosinophil-rich CD30+ lymphoproliferative disorder of the oral mucosa. A form of 'traumatic eosinophilic granuloma'. Am J Clin Pathol. 2004;121:43–50.
61. Şule Çavuş, Riga-Fede disease in the upper jaw in an infant, Dermatologic Therapy. 2017;30:.

GLOSARIO

- Una úlcera es definida como una solución de continuidad de la superficie epitelial que llega a comprometer todos los estratos epiteliales. La clasificación de las úlceras en cavidad oral es la siguiente.

Si anteceden o no a una lesión previa:

Úlcera primaria: Es aquella que aparece como tal sin otra lesión como antecesora. Ej.: úlcera traumática.^{1,2}

- Úlcera secundaria: Es aquella que resulta del rompimiento de una vesícula, dejando un área ya sea erosionada o francamente ulcerada. Ej.: herpes, pénfigo, penfigoide.

Según su etiología:

Úlcera traumática: radiaciones, medicamentos, quemaduras, galvanismo, prótesis mal ajustada, cepillado violento, y enfermedad de Riga-Fede.

- Neoplásica: Carcinoma espinocelular, adenocarcinoma, sarcoma, linfoma, metástasis (raro observar úlcera en un tumor benigno, pero en boca puede ser por los dientes antagonistas, roce con alimentos o sea ulceración consecutiva a otro factor distinto del tumor).
- Infecciosa: Gingivitis ulcero necrótizante, sífilis, TBC, gingivoestomatitis herpética primaria y herpes recurrente intraoral, herpes-zoster, varicela, herpangina, mononucleosis, candidiasis etc.



CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE LA ÚLCERA TRAUMÁTICA CON ESTROMA EOSINOFÍLICO; UN ESTUDIO DE 26 CASOS.



- Inmunológica: liquen plano erosivo, ulceración recurrente oral, pénfigo, penfigoide, eritema multiforme.
- Manifestación de enfermedad general: déficit de ácido fólico, hierro y vitamina B12, leucemia aguda, diabetes.