

Glositis migratoria benigna asociada a *Iodamoeba bütschlii*. Informe de un caso y revisión de la literatura

Benign migratory glossitis in association with Iodamoeba bütschlii. Case report and literature review

Presentado: 20 de agosto de 2014
Aceptado: 30 de abril de 2015

María de Lourdes Rodríguez Coyago,^a Arturo Antonio Corso^b

^aFacultad de Odontología, Universidad de Cuenca, Ecuador

^bUniversidad Católica Argentina, Buenos Aires, Argentina

Resumen

Objetivo: Demostrar, por medio de un caso clínico, el impacto que pueden tener las parasitosis intestinales en la mucosa oral, y realizar una actualización del tema.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino, de 40 años de edad, atendido en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, Ecuador. Tras anamnesis, examen clínico y de laboratorio, se diagnosticó glositis areata asociada a parasitosis intestinal por *Iodamoeba bütschlii*. Esta in-

flamación, también conocida como “glositis migratoria benigna”, es denominada así por su aspecto clínico similar a un mapamundi, debido a los parches irregulares en su superficie. La causa de esta lesión aún se desconoce.

Conclusión: Ante manifestaciones clínicas de glositis areata, es preciso investigar la presencia de parasitosis intestinal.

Palabras clave: *Iodamoeba bütschlii*, glositis migratoria benigna.

Abstract

Aim: To demonstrate, through the presentation of a clinical case, the impact that intestinal parasites can have in the oral mucosa, and conduct an updated review of the subject.

Case report: The case of a male patient, 40 years old, treated at the School of Dentistry at the University of Cuenca, Ecuador is presented. After anamnesis, clinical and laboratory examination, glossitis areata associated with intestinal parasitosis by *Iodamoeba bütschlii* was diagnosed. This in-

flammation, also known as ‘geographic tongue’, is so called because of its clinical appearance like a world map, caused by irregular patches on its surface. The cause of this injury is still unknown.

Conclusion: When initial manifestations of glossitis areata are present, it is necessary to investigate the presence of intestinal parasites.

Key words: *Iodamoeba bütschlii*, benign migratory glossitis.

Introducción

La glositis areata (“lengua geográfica”) –también conocida como “glositis migratoria benigna” (BMG), eritema migrans y rash errante de la lengua– es denominada así por su aspecto clínico similar a un mapamundi.^{2,3}

La incidencia es mayor durante la infancia y la pubertad, y es más frecuente en el sexo femenino.³

La causa de esta lesión aún se desconoce. Pero algunos trabajos la han vinculado con infecciones, defi-

ciencias nutricionales, factores emocionales, fármacos e irritantes, además de asma, rinitis y alergias cutáneas.^{4,5}

Se ha establecido asociación entre lengua geográfica y lengua escrotal. Según algunos estudios, el 40% de los pacientes con glositis areata evolucionan hacia una lengua fisurada o escrotal. Hay autores que, incluso, consideran que ambas constituyen períodos evolutivos diferentes de un mismo proceso.³

La semiología de lengua geográfica ha sido bastante descrita. Todas las publicaciones revisadas coinciden en que la BMG se caracteriza por la aparición de parches irregulares eritematosos que dan lugar al aspecto de mapa, delimitados por una banda queratósica elevada localizada generalmente en dorso de lengua, aunque, en algunos casos, puede extenderse a los bordes y la cara ventral. Es característico el patrón migratorio de las lesiones; sin embargo, la Escuela Europea de Estomatología establece algunas variantes no clásicas de lengua geográfica, tales como: formas ectópicas, no migrantes o abortivas.³

La histopatología mostró paraqueratosis, acantosis, y un denso infiltrado polimorfonuclear, con abscesos en la dermis.²

Kumar *et al.* sugieren realizar el diagnóstico diferencial con candidiasis eritematosa, leucoplasia, psoriasis y reacción a drogas.²

La BMG no requiere tratamiento. Son una excepción, sin embargo, las formas sintomáticas, en cuyos casos Bascones-Martínez *et al.* y Kumar *et al.* recomiendan el uso de antihistamínicos y corticoesteroides tópicos.^{2,3}

El parásito *Iodamoeba bütschlii* (IB) pertenece al reino Protista y, dentro de éste, a la familia *Endamoebidae* del género *Iodamoeba*. Se trata de una ameba parásita no patógena, que se encuentra comúnmente en el intestino grueso de personas, cerdos y otros mamíferos. Hay quienes la consideran un parásito comensal exclusivo del intestino humano, que vive a expensas del hombre, sin ocasionar daño a su hospedador. Su modo de contagio es oral por ingesta de agua o alimentos contaminados con materia fecal de portadores.¹

El objetivo de este trabajo fue demostrar, mediante un caso clínico, el impacto que pueden tener las parasitosis intestinales en la mucosa oral, y realizar una actualización del tema.

Caso clínico

Un paciente de sexo masculino, de 40 años de edad, jardinero de ocupación, sin antecedentes médicos de importancia, acudió al Servicio de Diagnóstico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca. El motivo de su consulta era “sacarse los dientes malos y colocarse placa”.

En la revisión general, el paciente refirió sintomatología abdominal en forma de distensión, pesadez y flatulencia, con episodios esporádicos de diarrea no sanguinolenta. Al consultar con gastroenterólogo, éste indicó realizar una colonoscopia. El diagnóstico fue colon irritable.

En cuanto a los antecedentes familiares, reportó diabetes por parte de su madre, e hipertensión por parte de su madre y su hermana.

Como antecedentes odontológicos, el paciente refirió exodoncias y obturaciones, sin complicaciones.

El examen intraoral mostró alteraciones periodontales y dentales asociadas a mal control de la placa bacteriana. A nivel estomatológico, llamó la atención la presencia de discos atroficoeritematosos irregulares, delimitados por un halo blanco amarillento, dispuestos sobre la cara la ventral, los bordes y parte del dorso de la lengua, completamente asintomáticos (figs. 1 y 2).

Tras el análisis de los datos aportados por el interrogatorio, el examen clínico, y ante las lesiones observadas en la lengua, el diagnóstico presuntivo fue BMG, el cual fue confirmado por el patrón migratorio exhibido durante un seguimiento de 8 días.

El interés que despertaron los síntomas gastrointestinales reportados por el paciente al momento de la consulta permitió considerar la posibilidad de una parasitosis con manifestaciones orales. Ante este cuadro, se solicitó hemograma y análisis parasitario, cuyos resultados fueron eosinofilia (10%) y positividad para *Iodamoeba bütschlii*, respectivamente (figs. 3 y 4).

Estos resultados fueron consultados con el gastroenterólogo del paciente, quien administró metronidazol (500 mg) cada 8 horas durante 7 días.



Figura 1. Lengua, cara ventral, que compromete los tercios anterior y medio en ambos hemisferios, con lesiones atroficoerematosas de aspecto discoidal, delimitadas por halo blanco no desprendible al raspado.



Figura 2. Lengua, cara ventral, que compromete el hemisferio izquierdo, tercio anterior, con lesión atroficoeritematosa, delimitada por un halo queratósico.

UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE ODONTOLOGIA LABORATORIO CLINICO AREA DE CIRUGIA			
Paciente Estudiante:			
Edad	40	Sexo	M
Peso	110	LIBRAS	
Presión Arterial:	Máxima:		
	Mínima:		
EXAMEN DE SANGRE			
		FORMULA LEUCOCITARIA	
Rto. Leucocitos	6.050 mm3	Neutrófilos	55%
Hemoglobina	13,94 grs%	Eosinófilos	10%
Hematocrito	45 %	Basófilos	0%
Eritrosedimentación (wintrobe)	27 m.m	Linfocitos	35%
Corrección		Monocitos	0%
Retracción del Coágulo	Normoretractil		
Tiempo de Sangría	1.28 minutos		
Tiempo de Coagulación	7 minutos		
T. de Protrombina	11 segundos	100 % de lo normal	
T. de Protrombina estándar	11 segundos	100%	
Morfología de Plaquetas	Normal		
Tiempo Parcial de Tromboplastina (TPT)	26 Segundos		
Glucosa	89,10 mg/100ml.		
Dr. Gloria Paredes R. DOCENTE DE LA FACULTAD			

Figura 3. Resultado del examen de sangre, que indicó importante eosinofilia, además de aumento de la velocidad de sedimentación globular.

Se realizó un segundo control, 8 días después del inicio del tratamiento antiparasitario, en el cual se evidenció la ausencia total de las lesiones inflamatorias de la lengua, observadas en la primera consulta (fig. 5). Además, el paciente refirió una mejoría absoluta respecto de su sintomatología abdominal. Esto permitió establecer un diagnóstico definitivo de BMG asociada a parasitosis por *Iodamoeba bütschlii*.

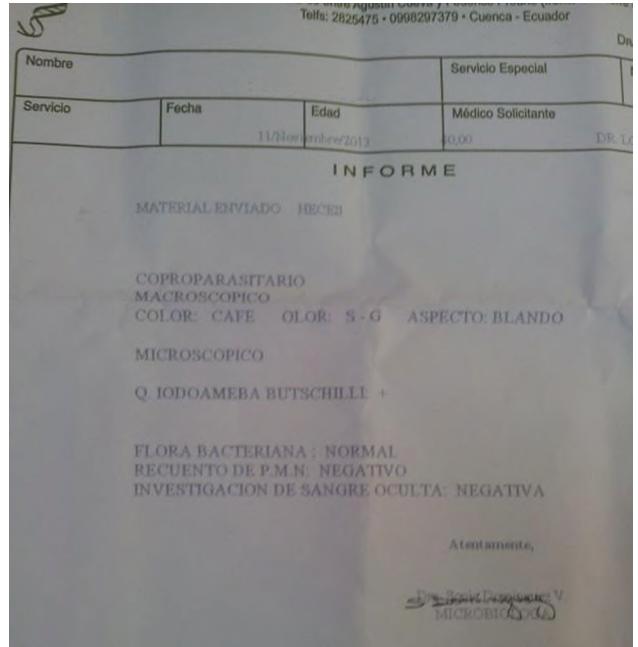


Figura 4. Resultado del coproparasitario, que evidencia la positividad para el parásito *I. bütschlii*.



Figura 5. A los 8 días postratamiento antiparasitario se observó ausencia total de las lesiones atroficoeritematosas registradas inicialmente.

Discusión

La BMG es un trastorno infrecuente: según las estadísticas actuales, afecta al 2% de la población. La causa exacta se desconoce, pero ha sido asociada con el gen HLA-B15, lo cual sugiere un rol hereditario.²

Diversas publicaciones han vinculado esta entidad con varias condiciones sistémicas y/o psicológicas, entre ellas: estrés,⁵ alergias,³ psoriasis,⁶ deficiencias vitamínicas,^{4,5} fármacos,^{4,8} e incluso con el síndrome de ardor bucal.⁷ Sin embargo, la causa precisa aún no ha sido establecida.

Acercas de la etiopatogenia, se ha realizado una búsqueda exhaustiva en las diferentes bases de datos, a fin de recabar antecedentes de la posible relación entre BMG y parasitosis por *Iodamoeba bütschlii*. Sin embargo, se destacan dos estudios de autoría cubana,^{9,10} que reportan una alta frecuencia de manifestaciones orales en pacientes con parasitosis por *Giardia lamblia*, entre las que predominan las formas clínicas de glositis, queilitis y aftas.⁹

Es preciso destacar que, gracias al examen estomatológico practicado, se pudo orientar al paciente hacia una explicación de su sintomatología abdominal no resuelta y, de esa manera, modificar el diagnóstico gastroenterológico inicial de colon irritable por el de parasitosis por *I. bütschlii* asociada a glositis.

Conclusiones

Iodamoeba bütschlii es un parásito comensal del intestino humano, que no suele ocasionar reacción en el organismo que lo habita.

Existe muy poca información en la literatura acerca de este parásito.

Ante manifestaciones clínicas de glositis areata, se recomienda investigar la presencia de parasitosis.

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con este estudio y afirman no haber recibido financiamiento externo para realizarlo.

Referencias

1. Stensvold CR, Lebbad M, Clark CG. Last of the human proctists: the phylogeny and genetic diversity of *Iodamoeba*. *Mol Biol Evol* 2012;29:39-42.
2. Kumar D, Das A, Gharami RC. Benign migratory glossitis. *Indian Pediatr* 2013;50:1178.
3. Bascones-Martínez MA, Valero-Marugán A, Encinas-Bascones A, Carrillo de Albornoz A, Bascones-Martínez A. Lengua geográfica y dermatitis atópica: una asociación frecuente. *Rev Av Odontostomatol* 2006;22. [Disponible en: goo.gl/1AjS5w].
4. Rodríguez ML. Glositis migratoria ectópica con antecedente de roacutan: reporte de un caso. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*. Congreso de la SEMO y de la AIPMB 2013;84. [Disponible en: www.medicinaoral.es]
5. Yehuda Z, De Scott D, Sarit P. Estomatitis migratoria en el piso de la boca (lengua geográfica ectópica). *JAAD* 2011;65:459-60.
6. Germi L, De Giorgi V, Bergamo F, Niccoli MC, Kokelj F, Simonacci M, et al. Psoriasis and oral lesions: multicentric study of oral mucosa diseases Italian group (GIPMO). *Dermatology Online J* 2012;18:11.
7. Ching V, Grushka M, Darling M, Su N. Increased prevalence of geographic tongue in burning mouth complaints: a retrospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2012;114:444-8.
8. Ferreira AO, Marinho RT, Velosa J, Casto JB. Geographic tongue and tenofovir. *BMJ Case Rep* 2013;doi:10.1136/bcr-2013-008774
9. Quintana Díaz JC. Manifestaciones clínicas bucales detectadas en pacientes con giardiasis. *Rev Cubana Estomatol* 1997;34:80-3. [Disponible en: goo.gl/36SDD5].
10. Ali Almannoni S, Martín Pupo D, Monzote López A, Fonte Galindo L. Giardiasis extraintestinal entre realidades y mitos. *Rev haban cienc méd* 2008;7. [Disponible en: goo.gl/IyU29P].

Contacto:

LOURDES RODRÍGUEZ COYAGO
malourdes84@hotmail.com

Callao 650 5.º "D" (C1022AAT)

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina