

Glositis romboidal media: revisión a propósito de un caso clínico.

Miguel Rioseco V¹, Claudia Balestrini D², Hernán Ramírez S³, Carla Cerutti R⁴

¹Rehabilitador Oral, Docente carrera Odontología, Pontificia Universidad Católica de Chile; ²Servicio de Dermatología, Hospital Dr. Sótero del Río; ³Cirugía Maxilofacial, División de Cirugía, Hospital Clínico Universidad Católica de Chile; ⁴Periodoncista, Centro Médico San Joaquín, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Resumen

La glositis romboidal media (GRM) es una alteración benigna, poco frecuente, que afecta ligeramente más a los varones. Suele localizarse en la línea media del dorso de la lengua por delante de la "V" lingual, en forma de área rojiza, romboidal, de superficie plana, como una mácula o a veces exofítica, mamelonada, que puede sobresalir de 2 a 5 mm y en la que no se observan papilas filiformes. Se presenta el caso clínico de un varón de 50 años de edad que consulta por presentar una lesión en dorso de lengua, situada en la línea media.

Palabras clave: Glositis romboidal media, candidiasis oral, enfermedades de la lengua.

Summary

Median rhomboid glossitis (MRG) is an uncommon benign abnormality of the tongue, most frequently affecting men. It is typically located around the midline of the dorsum of the tongue, anterior to the lingual "V", appearing as a reddish, rhomboid area, depapillated, flat maculate or mamillated and raised by 2- 5 mm. This paper reports a case of rhomboid glossitis in a 50-year-old man who consulted for a lesion on the dorsum of the tongue, in a medial location.

Key words: Median rhomboid glossitis, oral candidiasis, tongue diseases.

Introducción

La glositis romboidal media (GRM), también llamada atrofia papilar central o glositis losángica, descrita en 1914 por Brocq¹, corresponde a una alteración benigna, de baja frecuencia que se presenta en menos del 1% de la población general siendo más frecuente en varones (relación 3:1)¹⁻⁵. La edad promedio de inicio suele ser a los 40-45 años, suele localizarse en la línea media del dorso de la lengua por delante de la "V" lingual, formando un área romboidal rojiza. Un estudio realizado por Espinoza y colaboradores⁶, sobre una muestra aleatoria (edad, sexo, nivel socioeconómico) de 889 individuos mayores de 65 años en Santiago de Chile, encontró una prevalencia de GRM de 0,9%.

Caso clínico

Un hombre blanco de 50 años de edad consulta por ardor lingual. En la anamnesis señala que las molestias se iniciaron hace dos semanas, luego de la aplicación de propóleo en spray en la boca. Su historia clínica sólo señala hipertensión leve, sin antecedentes familiares. El paciente no consume alcohol, ni tabaco. Al examen se observa un área depapilada, localizada en la línea media del dorso de la lengua por delante de la "V" lingual, de color rojo intenso, que alterna con zonas más pálidas o rosadas, de forma romboidea, plana, no sangrante, cuyo tamaño es de aproximadamente 2x2 cm. No presenta disfagia, odinofagia u otras lesiones en la boca, tampoco cambios en su voz. El diagnóstico clínico fue glositis romboidal media (GRM) y su tratamiento consistió en la eliminación de factores irritantes locales. En el control del mes, la GRM estaba asintomática (Figura 1).

Correspondencia: Miguel Rioseco V.

Correo electrónico: mikeseco@hotmail.com

Etiopatogenia

Su etiología es desconocida, sin embargo, se describen varias hipótesis, entre ellas: un origen embriológico, inflamatorio, infeccioso (a partir de una candidiasis crónica) e incluso una etiología inmunológica. Se ha sugerido que factores locales como el tabaco, el uso de prótesis dental y pequeños traumatismos juegan un rol en la etiología de GRM, favoreciendo la proliferación de *Cándida albicans* en el dorso de la lengua^{2,7,8}.

En 1934, Loos y Horbst proponen una teoría basada en un estudio embrionario de la lengua⁹. Esta teoría es ampliada y reafirmada por Martín y Howe¹⁰. Ellos proponen que la GRM no es de naturaleza inflamatoria o irritativa, sino que se debe a la persistencia anómala del tubérculo impar. En el desarrollo embrionario la lengua aparece a las cuatro semanas aproximadamente, como dos protuberancias linguales laterales y una prominencia medial, el tubérculo impar. Las tres prominencias se originan en el primer arco faríngeo. Como consecuencia del crecimiento de las protuberancias linguales laterales, éstas exceden el volumen del tubérculo impar y se fusionan entre sí, cubriéndolo en su totalidad y formando los dos tercios anteriores o cuerpo de la lengua¹⁰. Debido a esto, no es normal que el tubérculo impar esté en la lengua adulta¹¹. Si algún vestigio de esta estructura no desaparece, podría ser la causa de la GRM. Sin embargo, la GRM no se ha descrito en recién nacidos^{12,13} y en infantes. Pollack¹⁴ reportó sólo un caso en 1954. Hoy esta posible etiología se ha puesto en duda.

En la actualidad se cree que GRM es secundaria a una infección crónica por *Cándida albicans*¹⁵⁻²⁰, Wright estudió histológicamente 28 casos de GRM, encontrando hifas fúngicas en la capa de paraqueratina en el 85% de los casos. Además, realizó una revisión de la literatura y aportó mayor evidencia para respaldar que la GRM no se debe a un origen embriológico sino una expresión clínica de una infección crónica por *Cándida albicans*¹⁷. Esta conclusión no se encuentra completamente justificada, ya que la presencia de *Cándida albicans* en el epitelio no implica necesariamente una relación causa-efecto, ya que si bien los antifúngicos disminuyen la proporción de *Cándida*, la apariencia clínica de GRM puede permanecer.

La infección crónica por *Cándida* puede producir una respuesta de tipo hiperplásica en los tejidos. Whitaker y Singh²¹ sugieren que –por la naturaleza misma de la *Cándida* y su necesidad de un ambiente cálido, protegido– la lengua proporciona un sitio propicio para el crecimiento excesivo de la *Cándida*. En este entorno, los organismos están protegidos de la limpieza normal y efectos antibacterianos de la saliva, permitiendo que la *Cándida* prospere²¹⁻²³.

Pacientes con GRM pueden presentar lesiones eritematosas en la línea media del paladar. Esto obedecería a que cuando la lengua está en reposo, la GRM entra en contacto con el



Figura 1

Glositis Romboidal Media, control al mes de eliminar factores irritantes locales.

paladar y lo infecta ocasionando la lesión llamada “lesión del beso” o “lesión en espejo”^{24,25}.

Las infecciones por *Cándida* son oportunistas por naturaleza, la presencia de lesiones tales como GRM o candidiasis hiperplásica debe elevar el nivel de sospecha de que el paciente afectado puede tener un sistema inmune comprometido. De hecho, hay alguna evidencia de que tanto candidiasis crónica hiperplásica como GRM se ven con frecuencia en pacientes con infección por el VIH. Kolokotronis sugiere que la GRM debe incluirse como otra forma de candidiasis oral en pacientes VIH positivo²⁶.

Otra teoría etiológica interesante se refiere a la posición de la lengua en relación con el paladar al hablar o tragar y la presión aplicada durante el movimiento normal de la lengua. La relación de la lengua con el paladar es única en cada individuo y la cantidad de tiempo que los dos tejidos están en contacto dependerá de la estructura, forma, movimientos y la fuerza de la lengua. Kessler²⁷ sugirió que tal vez algunos pacientes con GRM ejercen una presión excesiva en la producción de ciertos sonidos como la “g”, “k” y “j” explicando la GRM.

Características clínicas

La GRM ha adquirido su nombre debido a las distintas características asociadas a la lesión. Es una placa asintomática (generalmente) de forma redondeada o romboidea, de coloración rojiza intensa o rosada debido a la atrofia o ausencia de papilas filiformes, de consistencia firme y de límites perfectamente diferenciados del resto de la lengua. Se ubica en la línea media, en la cara dorsal de la lengua, justo delante de las papilas circunvaladas (delante de la “V” lingual) y raramente puede aparecer paramedial³. A veces puede estar cubierta por una capa blanca difusa por mayor producción de queratina.

Puede presentarse de tres formas clínicas distintas: atrófica o macular no elevada (plana); hiperplásica o exofítica, que puede sobreelevarse hasta 2-5mm²; fisurada o lobulada.

GRM no se transmite de un individuo a otro, sin embargo, la *Cándida* puede transmitirse de una persona a otra cuando la persona no infectada es susceptible o se encuentra en un estado de inmunosupresión.

Aproximadamente la mitad de la población general presenta *Cándida* en la cavidad bucal como un componente normal de la flora microbiana. Los organismos proliferan cuando la resistencia local o sistémica del huésped se reduce.

Se han descrito tres casos de transformación maligna en GRM^{28,29}. Sin embargo, Delemarre y Van der Waal³⁰ afirman que no existe relación entre la GRM y el cáncer. Si bien la enfermedad es asintomática, el consumo de alimentos condimentados puede generar ardor en la zona, siendo éste el motivo de consulta inicial de muchos pacientes.

Diagnóstico Diferencial

- Estomatitis aftosa
- Eritroplasia oral
- Lengua geográfica
- Ulceraciones traumáticas
- Quemaduras químicas
- Carcinoma de células escamosas

Diagnóstico

El diagnóstico de Glositis romboidal media (GRM) es clínico, ante la duda, se puede recurrir al estudio histopatológico, mediante biopsia.

Histopatología

Histológicamente se presenta pérdida de las papilas filiformes. El epitelio presenta varios grados de hiperqueratosis, las papilas del corion muestran acantosis psoriasiforme, caracterizada por una proliferación de la capa espinosa y penetración profunda de las papilas, las que pueden ramificarse y anastomosarse. Algunas papilas exhiben una displasia intraepitelial evidentemente benigna con formación de perlas intraepiteliales. Suelen encontrarse hifas candidales en la paraqueratina o en la capa espinosa, más superficial del epitelio o en ambas, penetrando perpendicularmente a la superficie epitelial. Encontramos, además, un infiltrado inflamatorio subepitelial crónico. Una banda gruesa de tejido conectivo hialinizado separa el epitelio de las estructuras más profundas²³.

Tratamiento

En la GRM asintomática, sólo es necesario el control por medio de la fotografía clínica. Cuando se presenta con ardor, se debe evitar el consumo de alimentos condimentados. Algunas publicaciones plantean tratar al paciente con antifúngicos, similar al tratamiento de otras manifestaciones de la candidiasis oral. En este caso se debe incluir el reemplazo del cepillo de dientes y cualquier otro dispositivo oral que pueda producir una reinfección por el microorganismo. Si el paciente es portador de prótesis dentales removibles deben tratarse con antifúngicos. Además evaluar la salud general del paciente para precisar si está inmunosuprimido.

Los antifúngicos que se utilizan comúnmente son: nistatina, clotrimazol, fluconazol y ketoconazol. Dado que las hifas de la *Cándida* están incrustadas en el tejido, algunas publicaciones plantean que el uso de los antifúngicos sistémicos es el tratamiento más eficaz. Si bien, estos medicamentos disminuyen la proporción de *Cándida*, no siempre pueden disminuir clínicamente la apariencia de GRM.

Los pacientes que se presentan con síntomas tales como dolor lingual, otalgia o disfagia requieren de una mayor investigación y de biopsia para descartar una neoplasia oculta^{28,31}.

Referencias bibliográficas

1. Brocq L, Pautrier LM. Glossite losangue mediane de la face dorsale de la langue. *Ann Derm Syph (Paris)* 1914; 5:1-18.
2. Bagán JV, Caballero R. Patología lingual. En: Bagán JV, Ceballos A, Bermejo A, Aguirre JM, Peñarocha M. *Medicina Oral Barcelona*: Masson, S.A. 1995; 157-60.
3. Lucas M. Anomalías aisladas. En: Lucas M. *Medicina Oral. Barcelona*: Ed. Salvat, 1988; 39-52.
4. Halperin V, Kolas S, Jefferis KR, Huddleston SO, Robinson HB. The occurrence of Fordyce spots, benign migratory glossitis, median rhomboid glossitis, and fissured tongue in 2478 dental patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1953; 6(9):1072-1077.
5. Redman RS. Prevalence of geographic tongue, fissured tongue, median rhomboid glossitis, and hairy tongue among 3611 Minnesota schoolchildren. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1970; 30(3): 390-395.
6. Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Gamonal J. Prevalence of oral mucosa lesions in elderly people in Santiago, Chile. *J Oral Pathol Med J.* 2003; 32(10): 571-575.
7. Holmstrup P, Besserman M. Clinical, therapeutic, and pathogenic aspects of chronic oral multifocal candidiasis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1983; 56(4):388-395.

8. Arendorf TM, Walker DM. Tobacco smoking and denture wearing as local aetiological factors in median rhomboid glossitis. *Int J Oral Surg.* 1984; 13(5):411-415.
9. Loos, H. O. and L. Horbst. Nature of Glossitis Rhombica Mediana. *Arch. F. Ohren-Nasen-U. Kehlkopfn.* 1934; 138: 122.
10. Martin HE, Howe ME. Glossitis Rhombica Mediana. *Ann Surg.* 1938; 107(1): 39-49.
11. Hammar, J. A. *Anat. Anz.*, 1901; 19: 570.
12. Baughman RA. Median rhomboid glossitis: a developmental anomaly? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1971; 31(1):56-65.
13. Ugar-cankal D, Denizci S, Hocaoglu T. Prevalence of tongue lesions among Turkish schoolchildren. *Saudi Med J.* 2005; 26(12): 1962-1967.
14. Pollack R. Median rhomboid glossitis case reported in an infant. *Annals of surgery.* 1954; 139(2):250-252.
15. Cook BE. Median rhomboid glossitis. Candidiasis and not a developmental anomaly. *Br J Dermatol.* 1975; 93(4): 399-405.
16. Farman AG, Van Wyck CW, Staz H, Hugo M, Dreyer WP. Central papillary atrophy of the tongue. *Oral Surg.* 1977; 43(1): 48-58.
17. Wright BA. Median rhomboid glossitis: not a misnomer. Review of the literature and histologic study of twenty-eight cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1978; 46(6):806-814.
18. Van der Waal I, Beemster G, Van der Kwast WA. Median rhomboid glossitis caused by candida? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1979; 47(1):31-35.
19. Touyz LZ, Peters E. Candida infection of the tongue with no nonspecific inflammation of the palate. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1987; 63(3):304-308.
20. Van der Waal I. Candida albicans in median rhomboid glossitis: a post-mortem study. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1986; 15(3):322-325.
21. Whitaker SB, Singh BB. Cause of median rhomboid glossitis. *Oral surg Oral Med Oral Pathol Oral Edod.* 1996; 81(4):379-380.
22. Arendorf TM, Walker DM. The prevalence and intraoral distribution of Candida albicans in man. *Arch Oral Biol.* 1980; 25(1):1-10.
23. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. *Oral pathology: clinical pathologic correlations.* 5th ed. St. Louis: Saunders; 2007. 100-106
24. Allen CM. Diagnosing and managing oral candidiasis. *J Am Dent Assoc.* 1992; 23:77-82.
25. Brown RS, Krakow AM. Median rhomboid glossitis and a "kissing" lesion of the palate. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Edod.* 1996; 82(5): 472-473.
26. Kolokotronis A, et al. Median rhomboid glossitis. An oral manifestation in patients infected with HIV. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1994; 78:36-40
27. Kessler HP. Letter to the editor-Median rhomboid glossitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Edod.* 1996 Oct; 82(4):360.
28. Sharp GS, Bullock WK. Carcinoma arising in Glossitis Rhombica Mediana. *Cancer* 1958; 11:148-50.
29. Burkes EJ, Lewis JR. Carcinoma arising in the Area of Median Rhomboid Glossitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1976; 41:649.
30. Delemarre JFM, Van der Waal I. Clinical and Histopathologic Aspects of Median Rhomboid Glossitis. *Int. J Oral Surg.* 1973; 2:203-208.
31. Goldenberg D, Ardekian L, Rachmiel A, Peled M, Joachims HZ, et al. Carcinoma of the dorsum of the tongue. *Head Neck.* 2000;22(2):190-194.



Neolucid

Solar 50+ SPF

EMULSIÓN PROTECTORA

Máxima protección rayos UVB y UVA

Emulsión protectora que contiene en su formulación una mezcla de cuatro filtros químicos que juntos abarcan una amplia banda del espectro UV.



Por la compra de un *Neolucid Solar* obtiene otro original sin costo

