

Queilitis glandular

Enric Piqué^a, Santiago Palacios^b y María Dolores Jordán^c

^aSección de Dermatología, ^bDepartamento de Patología y ^cSección de Odontología. Hospital General de Lanzarote. Las Palmas. España.

Resumen.—Un varón de 31 años consultó por engrosamiento del labio inferior, que en ocasiones se acompañaba de costras en superficie. Éste era multinodular, con pápulas eritematoblanquecinas que drenaban un líquido claro y viscoso al presionarlo. La histopatología mostró la presencia de glándulas salivales hiperplásicas con ductos dilatados.

Palabras clave: queilitis glandular.

Piqué E, Palacios S, Jordán MD. Queilitis glandular. *Actas Dermosifiliogr* 2003;94(7):483-5.

CHEILITIS GLANDULARIS

Abstract.—A 31-year-old male consulted his physician because of thickening of the lower lip, which was accompanied on occasion by surface scabs. The lip was thickened and multinodular, with whitish erythematous papules which drained a clear and viscous fluid when pressed. The histopathology showed the presence of hyperplastic salivary glands with dilated ducts.

Key words: cheilitis glandularis.

INTRODUCCIÓN

La queilitis glandular se considera una alteración inflamatoria crónica de las glándulas salivales menores, habitualmente localizada en el área mucosa del labio inferior^{1,2}. Según el grado de afectación se distinguen tres variantes³. Una variante simple, caracterizada por un agrandamiento labial en el que se identifican los *ostia* de las glándulas salivales en forma de pápulas que drenan un líquido viscoso y claro tras la presión y que con frecuencia solidifica formando una costra. Una segunda variante supurativa superficial, en la que el exudado es purulento y, generalmente, se acompaña de induración y dolor. Y, finalmente, una variante supurativa profunda en la que se encuentran abscesos profundos acompañados de trayectos fistulosos. Las diferentes variantes se consideran estadios evolutivos de la misma enfermedad⁴.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Un varón de 31 años consultó por hinchazón y sensación de quemazón del labio inferior. El cuadro se había iniciado 3 meses antes sin relación aparente con nada. Refería que en ocasiones le aparecían llagas y costras sobre el labio inferior, que al desprenderse descubrían unas lesiones sobreelevadas que drenaban un líquido viscoso. Se trataba con acetónido de fluocinolona con lo que mejoraba la sintomatología

sin llegar a remitir. Describió haber presentado un cuadro de similares características el año anterior que remitió espontáneamente tras 2 meses de evolución.

El paciente trabajaba al aire libre en la construcción, era fumador de 40 cigarrillos al día y bebedor moderado. Tenía antecedentes familiares de atopia y él mismo sufría de rinitis alérgica. También presentaba hiperuricemia por la que no seguía ningún tratamiento y no tenía ninguna alergia medicamentosa conocida.

En la exploración se observaba un labio inferior marcadamente agrandado que contenía, aproximadamente, dos decenas de micropápulas puntiformes de coloración eritematoblanquecina distribuidas por todo el labio inferior, tanto en el área mucosa como semimucosa. Al presionarlas drenaban un líquido transparente y viscoso. La zona mucosa



Fig. 1.—Labio inferior agrandado en el que se aprecia un área multinodular de coloración blanquecina, la flecha marca el límite entre la mucosa labial normal y la zona alterada. También se aprecian unas gotas de un líquido transparente y viscoso, que drenaba

pequeñas pápulas blanquecinas.

Correspondencia:

Enric Piqué. Sección de Dermatología. Hospital General de Lanzarote. Ctra. Arrecife-Tinajo, km 1,5. 35500 Arrecife. Las Palmas. España.

Correo electrónico: epique@medynet.com

Aceptado el 28 de mayo de 2003.

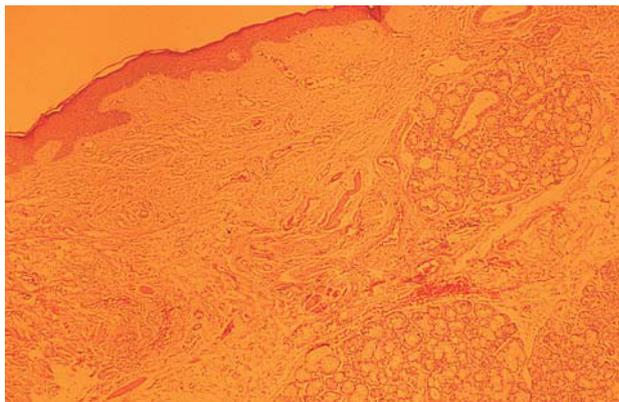


Fig. 2.—Se aprecian glándulas salivales hiperplásicas cerca del epitelio, con conductos marcadamente dilatados, con leve infiltrado inflamatorio.

mostraba una coloración blanquecina y tenía una palpación multinodular (fig. 1).

Se realizó una biopsia que mostró un gran número de glándulas salivales de aspecto normal, pero de gran tamaño, que se localizaban cerca del epitelio. Existía un escaso infiltrado inflamatorio constituido casi exclusivamente por células plasmáticas. Además, los ductos glandulares estaban marcadamente dilatados (fig. 2).

Se instauró tratamiento con infiltraciones de corticoides intralesionales de forma mensual con lo que mejoró el cuadro clínico. Sin embargo, tras tres sesiones el paciente dejó de acudir a los controles.

DISCUSIÓN

Volkman en 1870⁵ describió el primer caso de queilitis glandular en su variante supurativa profunda, que también se encuentra en la literatura especializada como queilitis glandular apostematosa, o mixadenitis labial. Veinte años después, Unna individualizó la queilitis glandular supurativa superficial o enfermedad de Baelz⁶; mientras que la queilitis glandular simple fue descrita por Puente y Acevedo en 1927⁷. Hoy en día, las tres variantes se consideran grados progresivos de la misma enfermedad⁴.

Clínicamente, afecta al labio inferior en forma de un agrandamiento al doble o triple de su tamaño habitual⁸, sobre el que se aprecia un número variable de *ostia* glandulares que pueden manifestarse como puntos rojos, blancos³ o negros⁹ que drenan un líquido transparente y viscoso, sobre todo tras presionar el labio. En ocasiones, este agrandamiento es tan intenso que se asocia a *eclabium* con dificultad para el habla o para cerrar completamente la boca¹⁰. Con frecuencia se acompaña de fisuración y costras de saliva desecada¹¹. Este hecho es más evidente por la mañana y se acompaña de la sensación de tener los

labios pegados¹². La palpación del labio muestra unos nódulos submucosos que no son más que las glándulas salivales hiperplásicas¹². Este cuadro puede agravarse drenando un material purulento¹³, y complicarse con la formación de abscesos y fístulas.

La queilitis glandular suele ser asintomática, aunque puede acompañarse de sensación de escozor y dolor, generalmente en consonancia con el agravamiento del cuadro².

Aunque la localización habitual es el labio inferior, también se ha descrito en el labio superior o en ambos e, incluso, se ha descrito un cuadro en la mucosa que se considera una variante intraoral de queilitis glandular, conocida como estomatitis glandular supurativa^{13,14}.

Aunque histopatológicamente se consideraba diagnóstica la presencia de un gran número de glándulas salivales hipertrofiadas³ Swerlick et al¹² no encontraron diferencias en cuanto al número, tamaño y distancia del epitelio de las glándulas salivales respecto al carcinoma espinocelular y al mucocele. Para Rada et al⁴ resulta más específico la presencia de dilatación ductal que puede mostrar metaplasia mucosa, a pesar de que no comparó con controles. Probablemente deban considerarse ambos hallazgos como necesarios para establecer el diagnóstico. Además de estos hallazgos, es frecuente la presencia de un infiltrado inflamatorio crónico de mayor o menor densidad y, de forma ocasional, fibrosis de los *acini* glandulares. El epitelio puede mostrar cambios inespecíficos como paraqueratosis, acantosis o espongirosis.

Yacobi et al propusieron una secuencia lógica que explicaría la etiopatogenia de la queilitis glandular¹⁵ y unificaría los argumentos que hasta ese momento se habían postulado. El cuadro se iniciaría con una irritación crónica del labio inferior, ya fuera por daño actínico¹, irritación química, tabaco, atopia (al respirar por la boca)¹², por problemas emocionales (al morder o lamer los labios)¹⁶ o por mala higiene bucal¹⁵. Esto provocaría una «cicatrización» y una eversión del labio, con lo que la mucosa labial se vería expuesta a irritantes a los que no está habituada, provocando hiperplasia e inflamación de las glándulas y los conductos salivales.

Esto concuerda con la epidemiología de la enfermedad, pues suele afectar a varones de raza blanca de edad media o avanzada, que generalmente realizan trabajos a la intemperie¹, aunque también se ha descrito en mujeres^{12,17} y niños en los que las alteraciones emocionales y la atopia serían los irritantes más probables así como en pacientes de raza negra^{3,10}. Se han descrito además algunos casos familiares^{3,15}.

La asociación con carcinoma epidermoide labial, que se estima ocurre entre un 18 %¹⁸ y un 34 %¹ de los casos, es controvertida. Actualmente se considera que ambos tienen los mismos factores predisponentes,

pero que la queilitis glandular, aunque aumente la superficie labial fotoexpuesta, no favorece *per se* la aparición de carcinoma epidermoide.

De forma aislada, se ha descrito asociada a mucocelo³ y a doble labio⁸, una alteración congénita o adquirida que se manifiesta como un pliegue horizontal.

En cuanto al tratamiento, para la mayoría de autores es de elección la bermellectomía aunque también se recomienda controlar los agentes irritantes. Otros autores prefieren tratamientos conservadores con corticoides intralesionales^{13,17,20}. En nuestra opinión se debería realizar tratamiento conservador y reservar la cirugía para los casos más graves^{17,13,20}. El caso presentado mostró una respuesta satisfactoria aunque la evaluación definitiva no se pudo realizar porque el paciente dejó de acudir a los controles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Michalowski R. Cheilitis glandularis, heterotopic salivary glands and squamous cell carcinoma of the lip. *Br J Dermatol* 1962;74:445-9.
2. Oliver ID, Pickett AB. Cheilitis glandularis. *Oral Surg* 1980;49:526-9.
3. Weir TW, Johnson WC. Cheilitis glandularis. *Arch Dermatol* 1971;103:433-7.
4. Rada DC, Koranda FC, Katz FS. Cheilitis glandularis – a disorder of ductal ectasia. *J Dermatol Surg Oncol* 1985;11:372-5.
5. Volkmann R. Einize fälle von cheilitis glandularis apostematosa (myxadenitis labialis). *Arch Path Anat* 1870;50: 142-4.
6. Unna PG. Über erkrankungen der schleimdrusen des mundes. *Mh Dermat* 890;11:317-21.
7. Puente JJ. La queilitis glandular simple y estados allegados. *Rev Med Lat Amer* 1950;58:1369-70.
8. Cohen DM, Green JG, Diekmann SL. Concurrent anomalies: Cheilitis glandularis and double lip. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1988;66:397-9.
9. Winchester L, Scully C, Prime SS, Eveson JW. Cheilitis glandularis: A case affecting the upper lip. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1986;62:654-6.
10. Stuller CB, Scharberg SJ, Stokos J, Pierce GL. Cheilitis glandularis. *Oral Surg* 1982;53:602-5.
11. Arnold HL Jr, Odom RB, James WD. *Andrews Tratado de Dermatología*. 4ªed. Barcelona: Masson- Salvat Medicina, 1993.
12. Swerlick RA, Cooper PH. Cheilitis glandularis: A re-evaluation. *Am Acad Dermatol* 1984;10:466-72.
13. Lederman DA. Suppurative stomatitis glandularis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994;78:19-22.
14. Williams HK, Williams DM. Persistent sialadenitis of the minor glands – stomatitis glandularis. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1989;27:2212-6.
15. Yacobi R, Brown DA. Cheilitis glandularis: A pediatric case report. *JADA* 1989;118:317-8.
16. Woodburne RA, Philpott OS. Cheilitis glandularis: A manifestation of emotional disturbance. *Arch Derm Syph* 1950;62:820-8.
17. Sweich L. Cheilitis glandularis simplex (Puente and Acevedo). *Arch Dermatol* 1964;89:301-2.
18. Touraine A. Les cheilitis glandulaires et leur cancer. *Presse Med* 1950;58:1369-70.
19. Epinette WW, Hurwitz RM. Acquired cheilitis glandularis simplex. *Plast Reconstr Surg* 1973;51:334-5.
20. Haldar B. Cheilitis glandularis treated by injection of intralesional triamcinolone. *Indian J Dematol* 1976;21:53-4.