

Morsicatum bucarum/Reporte de un caso clínico en un paciente odontopediátrico

Autora: Fátima Yazmín Castillo Rodríguez
Especialista en odontopediatría, adscrita a la Facultad de Odontología de la UNAM

Resumen

Se describe el caso de un paciente del género masculino con lesión autoinducida en mucosa yugal diagnosticada como *morsicatum bucarum*. En este trabajo se establecen pautas para identificar y diagnosticar este tipo de lesiones.

Palabras clave: *morsicatum bucarum*, lesiones autoinducidas, lesiones facticias.

Introducción

Morsicatum bucarum es el término científico (latín) que designa a la mordedura crónica de carrillo; *morsus* en latín significa mordida. Esta lesión autoinducida es de origen irritativo y reactivo, en la cual la mucosa responde al trauma crónico produciendo queratina, con su consecuente engrosamiento, mismo que se vuelve ulcerado o erosionado según el grado de fricción.^{1,2} En este trabajo se describe el caso de un paciente odontopediátrico con una lesión provocada por mordedura crónica de mucosa yugal, diagnosticada como *morsicatum bucarum*. Se enfatiza la importancia de su diagnóstico y tratamiento.

Antecedentes

Diversos estudios han establecido que el *morsicatum bucarum* es una de las lesiones de cavidad bucal más frecuente, no sólo en el paciente adulto sino en el odontopediátrico.

En un estudio realizado en la UNAM, en el 2005, sobre prevalencia de lesiones bucales, se encontró que *morsicatum bucarum* es una de las tres lesiones más comunes, junto con lengua saburral y pigmentación racial. El dorso de la lengua, la mucosa yugal y los labios son las zonas más afectadas.³ En Venezuela, en el 2006, se llevó a cabo un estudio sobre lesiones patológicas en niños y adolescentes; se observó que las lesiones autoinducidas tuvieron más prevalencia entre la población infantil y los adolescentes.⁴

Por otra parte, en México, en el 2007, se reporta que 12 de las 20 lesiones más frecuentes, como úlcera traumática, queratosis irritacional, eritema traumático, *morsicatum bucarum*, mácula melanótica labial, hiperplasia fibrosa irritativa, melanosis del fumador, estomatitis nicotínica, épulis fisurado, hiperplasia papilar inflamatoria y eritemas sin causa identificada, son de origen irritativo y reactivo, en un rango que va desde 2 hasta 40 lesiones/1000 individuos.⁵



Foto 1. Vista anterior

El diagnóstico de *morsicatum bucarum* se establece a través de un correcto análisis clínico, el cual incluye las características que a continuación se mencionan. Las lesiones son asintomáticas y se localizan con mayor frecuencia en la mucosa bucal y labio inferior y pueden ser uni o bilaterales. Clínicamente se relaciona con todo aquel factor traumático que promueva un hábito de mordedura crónica, por ejemplo, restauraciones desajustadas, maloclusión, desgaste dental o pérdida de órganos dentarios.^{1,2,6}

Las áreas aumentadas de tamaño pueden ser eritematosas o blancas y estar ulceradas o erosionadas. La superficie generalmente es irregular y macerada. Cuando se encuentra en mucosa labial se denomina *morsicatum labiorum* y cuando se localiza en lengua, *morsicatum linguarum*.^{1,2,7} Las lesiones autoinducidas son comunes en niños con angustia o problemas psicológicos, por lo que es necesario indagar en el interrogatorio sobre la situación familiar, económica y social del paciente.⁶



Foto 2. Vista oclusal superior

Presentación clínica

Se trata de un paciente de género masculino, de 4 años 9 meses de edad que acude a revisión dental acompañado de su madre. El infante pertenece a una familia de nivel socioeconómico bajo y es el menor de cuatro hermanos. Su alimentación es de tres veces al día y su higiene bucal una vez al día, llevada a cabo por él mismo. De acuerdo al interrogatorio, no se reportan antecedentes heredofamiliares ni personales patológicos de relevancia.



Foto 3. Vista oclusal inferior. Restauraciones sobreobturadas

El motivo de la consulta es que el niño muerde constantemente sus mejillas, según refiere la madre, y que lo sorprende en repetidas ocasiones durante el día, lo cual se ha convertido en un hábito que ha adoptado desde hace ya tres meses. Durante la exploración el pequeño incluso muestra la manera en que muerde su mucosa y está consciente de ello.

En el examen intrabucal se observa dentición primaria, resto radicular de central superior derecho y discromia del izquierdo, así como ausencia del primer molar inferior derecho debido a una extracción efectuada año y medio atrás. Así mismo, también se puede ver sobremordida horizontal y vertical y restauraciones de amalgama defectuosas, sobreobturadas y traumáticas en molares en los que estaban indicadas coronas de acero cromo (Fotos 1, 2 y 3). Además del deficiente cuidado por parte de los padres, los datos anteriores revelan una atención dental de baja calidad y ética profesional, así como falta de prevención en cuanto a oclusión se refiere. ▶



Foto 4. Extensión de la lesión

Descripción de la lesión

Se observa un aumento de volumen en forma de empedrado que abarca reborde alveolar entre canino y segundo molar inferior y parte de mucosa yugal y labio inferior, de 3 cm de diámetro aproximadamente, de consistencia blanda, ligeramente eritematoso, asintomático y de tres meses de evolución (Foto 4). Existe una estrecha relación de la lesión con el espacio generado tras la extracción del primer molar inferior y las restauraciones de amalgama sobreobturadas de los órganos dentarios adyacentes (Fotos 3 y 5).

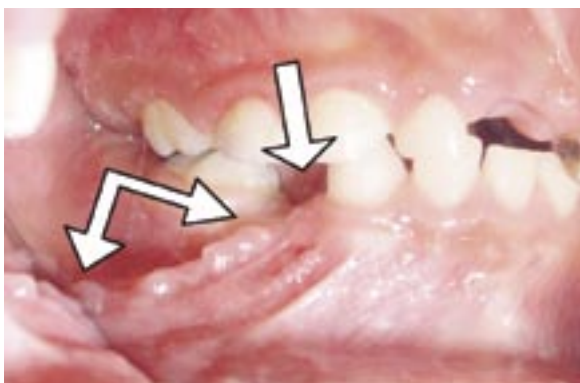


Foto 5. Relación de la lesión con el espacio del primer molar

Diagnóstico

Las características clínicas de esta lesión, la presencia de los factores traumáticos asociados ya descritos y el inte-

rrogatorio son suficientes para establecer el diagnóstico de *morsicatum bucarum*. Normalmente, los pacientes están conscientes de su hábito y de los factores que lo desencadenan, por lo que esto es de gran ayuda para dar un diagnóstico.

Diagnóstico diferencial

Debe diferenciarse de hiperplasia fibrosa, hiperplasia epitelial focal, candidiasis, nevo blanco esponjoso, leucoplasia pilosa, liquen plano, leucoedema y queratosis friccional.^{8,9} No requiere biopsia a menos que se trate de un paciente en alto riesgo de infección por VIH.¹



Foto 6. Lesión previa al tratamiento

Tratamiento


El tratamiento consiste en la eliminación del hábito que provoca la lesión. El uso de una férula oclusal de acrílico que cubra las superficies dentales restringe el acceso a la mucosa bucal o labial y evita la automutilación. Cuando se trata de niños, es importante concienciarlos para obtener su cooperación. En este infante se colocó una férula oclusal de acrílico rígido transparente en la arcada superior; después de dos meses de uso se observó una disminución en el tamaño de la lesión (Fotos 6 y 7). Este tratamiento es sencillo y brinda resultados favorables en poco tiempo.^{6,10} Así mismo, es recomendable que el paciente conozca las situaciones que desencadenan el hábito con la finalidad de ▶



Foto 7. Lesión dos meses después del tratamiento

evitar dichas condiciones, o bien, que lleve a cabo técnicas reductoras de estrés que le resulten convenientes.²

Conclusión

Se puede concluir que es de suma importancia realizar una detallada exploración física y bucal que incluya la identificación de los factores asociados a dichas lesiones autoinducidas con el fin de ofrecer un tratamiento adecuado. Es preciso mencionar que muchas de estas alteraciones en cavidad bucal son el resultado de factores sociales y psicológicos que afectan al paciente y promuevan su automutilación, por lo que el interrogatorio también es relevante. 

Referencias bibliográficas

1. Neville Brad, Damm D, Allen C, Bouquot J. *Oral and maxillofacial pathology*. 2nd ed. Saunders. USA, 2002.
2. Burkhart N. Dallas Texas, E.U. 2008 http://www.rdhmag.com/display_article/329940/56/none/none/Colum/Morsicatum-Bucarum
3. Peña E, Carrasco O, Aldape B, Cruz L. Universidad Nacional Autónoma de México. *Prevalence of oral lesions in peripheral clinics of UNAM*, México.
4. Jiménez C, Kkilkian R, Pérez C, Herrera N, Hernández L. Estudio retrospectivo de lesiones patológicas en niños y adolescentes. Servicio de Clínica Estomatológica Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela, período 1992-2006. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. Ortodoncia.ws edición electrónica mayo 2008. Obtenible en: www.ortodoncia.ws.
5. Reports. *Av Odontostomatol*. [online]. 2007, vol. 23, núm. 5 [cited 2008-06-12], p. 225-235. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852007000500002&lng=en&nim=iso
6. Laskaris G. *Patologías de la cavidad bucal en niños y adolescentes*. 1a ed. Amolca. Colombia, 2001.
7. Cawson R, Odell E. *Cawson's essentials of oral pathology and oral medicine*. 8th ed. Churchill. United Kingdom, 2008.
8. Sapp P, Eversole L, Wysocki G. *Patología oral y maxilofacial contemporánea*. 2a ed. Elsevier. España, 2005.
9. DERMIS dermatology information system <http://dermis.multimedica.de/dermisroot/es/26294/diagnose.htm>
10. Scully C. *Handbook of oral disease diagnosis and management*. Martin Dunitz. Singapore, 1999.

Estimado cirujano dentista, cualquier duda, comentario o sugerencia sobre esta publicación envíela al correo electrónico:

revodonto@salud.gob.mx

Visítenos en internet en: *www.imbiomed.com*