



Caso clínico

Estomatitis alérgica de contacto asociado al consumo de canela en rama

Javier Ignacio Gimenez¹, Veronica Flück²,
Claudia Giacco², Ángeles Castrillo³

¹. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Odontología. Asignatura de Patología y Clínica Estomatológica.

². Universidad de Buenos Aires. Facultad de Odontología. Clínica Estomatológica.

³. Centro Odontológico Municipal Berazategui. Servicio de Estomatología.

Autor de correspondencia:

Javier Ignacio Gimenez

E-mail: gimenezja@gmail.com

Recibido: abril 2022

Aceptado: marzo 2023

Citar como:

Gimenez JI, Flück V, Giacco C, Castrillo A. Estomatitis alérgica de contacto asociado al consumo de canela en rama. [Allergic Contact Stomatitis due to Consumption of Cinnamon Sticks]. *Rev Odont Mex.* 2023; 27(1): 13-17. DOI: 10.22201/fo.1870199xp.2023.27.1.82493

Resumen

Introducción: La estomatitis de contacto es una reacción intraoral que puede ser provocada por una amplia variedad de agentes. La canela como factor desencadenante es poco frecuente debido al bajo consumo. Sin embargo, la misma se consume en chicles, enjuagues bucales y pasta dental, que son los productos más asociados a la estomatitis alérgica de contacto asociado al consumo de canela. **Objetivo:** Reportar un caso de estomatitis de contacto asociado al consumo de canela en rama. **Presentación del caso:** Una paciente de 20 años, con una historia clínica sin incidencias, se presenta relatando dolor ardiente y presencia de manchas en la mucosa oral de más de 3 meses de evolución. También refiere una sensación de ardor y picor intermitente, sin motivo aparente. Luego de una estricta anamnesis la paciente refiere que hace unos años comenzó a mascar canela en forma de rama. La paciente también nos relata que suele colocarla en ambos vestíbulos y a las

horas empieza a sentir una sensación descrita como incómoda. Se indicó suspender dicho hábito y durante los controles posteriores se evidenció la desaparición de los signos y síntomas. **Conclusión:** Una anamnesis meticulosa junto con el examen físico son importantes para establecer un correcto diagnóstico y un adecuado manejo clínico de la estomatitis alérgica de contacto.

Palabras clave: Canela; estomatitis alérgica de contacto; mucosa bucal

INTRODUCCIÓN

La estomatitis alérgica de contacto es una reacción intraoral de hipersensibilidad tipo IV que puede ser provocada por una amplia variedad de agentes, como materiales dentales, alimentos y productos de higiene dental^{1,2}. Es reportada con poca frecuencia, posiblemente debido a la relativa resistencia de la mucosa oral a agentes irritantes y alérgenos. El entorno específico de la cavidad oral inhibe las reacciones de hipersensibilidad, la saliva asegura una limpieza constante de la mucosa y reduce el tiempo de contacto con sustancias alergénicas; y el alto grado de vascularización de la mucosa provoca una rápida absorción de antígenos, lo que reduce aún más el contacto con estas sustancias²⁻⁴.

El uso de canela está presente como saborizante en comidas, bebidas, chicles, enjuagues bucales, protectores solares para labios, aceites volátiles y pasta de dientes. La mayor parte de las personas que consumen canela lo hacen de forma indirecta a través de otros alimentos donde la misma participa como agente saborizante pudiéndose desencadenar la estomatitis alérgica de contacto⁵. Sin embargo, en Argentina no es habitual el consumo de esta como en otros países, haciendo aún menos frecuente esta entidad. La estomatitis alérgica de contacto (EAC) asociada al consumo de canela fue descrita por primera vez por Drake y Maibach⁶. El agente etiológico de esta reacción es el aldehído cinámico, también conocido como cinamaldehído, que es el compuesto orgánico que le da a la canela su olor y sabor. Este compuesto amarillo viscoso de origen natural que deriva de la corteza de los árboles y arbustos de canela y de otras especies de plantas del género *Cinnamomum*⁵.

Los casos clínicos descritos de EAC están relacionados a las cremas dentales y goma de mascar⁷. Las reacciones por contacto que afectan a la mucosa pueden confundir al clínico con otros procesos patológicos porque comparten características clínicas con otras enfermedades como por ejemplo las reacciones liquenoides^{4,8}. A pesar de que los signos y síntomas de las EAC son variados entre las manifestaciones bucales se pueden observar eritema, edema, leucoedema, descamación, manchas blancas y erosión^{2,3,8}. El presente artículo muestra el reporte de un caso de EAC, destacando la importancia del proceso para reconocer el agente causal y los diferentes diagnósticos diferenciales.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Una mujer de 20 años de edad fue remitida a nuestra clínica luego de consultas previas con otras especialidades por presentar lesiones rojas de más de 3 meses de evolución. La paciente relata que las lesiones generan sensación de malestar, quemazón y rugosidad en la mucosa que aparecen y desaparecen. La historia médica no revela ninguna enfermedad ni estar bajo

tratamiento alguno, y al realizar la anamnesis, la paciente refiere haber consultado a distintos profesionales que le indicaron tratamientos sin haber arribado a un diagnóstico. Al examen intraoral en ambos bordes linguales se aprecian surcos muy pronunciados con disposición simétrica y un ligero edema compatible con lengua escrotal. En ambas mucosas yugales de forma bilateral y simétrica se observan manchas rojo púrpuras, negativas a la diascopia (Figura 1.A-B). Se solicita rutina de laboratorio y serología para VIH, VHB y Sífilis. En la segunda consulta refiere que las lesiones desaparecieron dentro de las siguientes 24 horas. Al examen intraoral no se evidencian lesiones. En los exámenes complementarios solicitados se observan resultados dentro de los parámetros normales y las serologías fueron negativas.

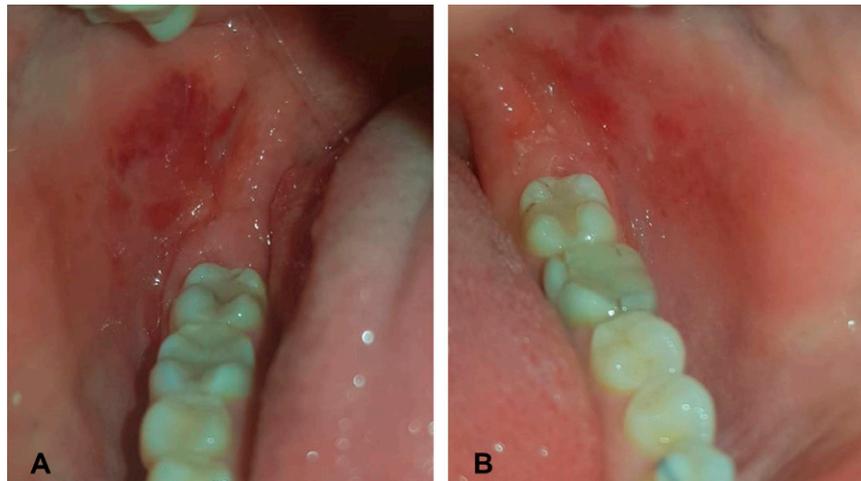


Figura 1. Fotografías clínicas iniciales. A. Mancha rojo púrpura en mucosa yugal derecha. B. Mancha rojo púrpura en mucosa yugal izquierda.

En esta ocasión la paciente relató que hace unos años comenzó a mascar canela en forma de rama luego de probarla en un viaje y lo solía colocar en ambos vestíbulos y que a las pocas horas empezaba a sentir una sensación incómoda en la mucosa (Figura 2). Considerando los exámenes ya realizados y la continua anamnesis se pudieron descartar otros diagnósticos posibles como liquen plano bucal debido a que no presentaba lesiones blancas en red características, penfigoide benigno de las mucosas al realizar maniobras de bulbo aspiración que determinaron la ausencia de ampollas, mucosa mordisqueada al no observarse colgajos epiteliales a lo largo de toda la mucosa yugal como es habitual, reacción liquenoide se desestimó durante la anamnesis y la inspección debido a la falta de agentes causales, y discrasias sanguíneas fueron excluidas de las hipótesis diagnósticas mediante la normalidad de las serologías y laboratorio. Se indicó suspender dicho hábito y en los siguientes controles, no se hallaron lesiones, confirmando la hipótesis diagnóstica de EAC (Figura 3). Durante el seguimiento no se evidenciaron nuevas lesiones.

DISCUSIÓN

Las alergias por contacto son frecuentes en la piel, pero raras en la cavidad oral debido al rol protector de la saliva en contra de la acumulación de alérgenos. La reacción de contacto más frecuente es la reacción liquenoide^{1,8}, el consumo de canela en rama no es habitual en la Argentina siendo la EAC un hallazgo inusual.



Figura 2. Manifestación clínica en mucosa yugal a las pocas horas de contacto con el agente causal.



Figura 3. Fotografía clínica de seguimiento donde se observa la desaparición de las lesiones.

Las formas clínicas de presentación son variadas y suelen acompañarse de síntomas como la sensación de quemazón, picor, calor y signos tales como manchas rojas y blancas, erosiones y desprendimientos epiteliales. Las regiones más afectadas son las áreas de contacto, que suelen ser las mucosas yugales y los bordes linguales. Las lesiones por lo general son subdiagnosticadas debido a lo inespecífico de las manifestaciones, así como a lo inusual del consumo de canela en rama. Los diagnósticos diferenciales incluyen la reacción liquenoide, liquen plano bucal, mucosa mordisqueada, leucoplasia pilosa, enfermedades ampollares y desórdenes hematológicos^{3,5}.

La anatomía patológica de la EAC se manifiesta como hiperortoqueratosis, acantosis y atrofia principalmente, acompañados por degeneración hidrópica de la capa basal. A veces se puede observar exocitosis neutrofílica y espongirosis. El área superficial del tejido conectivo presenta infiltrado inflamatorio crónico compuesto principalmente de linfocitos y plasmocitos a veces organizados en banda recordando al liquen plano, pero de extensión más profunda^{2,9}. La necesidad de realizar una biopsia queda postergada para los casos en los que el diagnóstico clínico no es claro y es preciso descartar otras enfermedades¹. Las pruebas de alergia (parches) pueden resultar de utilidad como complemento para el diagnóstico, sin embargo, no son concluyentes y a menudo producen falsos negativos⁴.

La EAC genera preocupación y angustia en los pacientes debido a que suelen consultar a varios profesionales previamente sin tener un diagnóstico. Es importante el continuo interrogatorio ya que los pacientes revelan hábitos en relación con los aspectos clínicos. El arribo al diagnóstico depende del momento del comienzo de los síntomas y el tiempo en relación con el alérgeno que se sospecha. El tratamiento consiste en la suspensión del hábito y evitar el consumo de canela en todas sus formas.

CONCLUSIÓN

Es fundamental realizar una rigurosa anamnesis y examen físico como pilares para el desarrollo de una hipótesis diagnóstica correcta. La derivación oportuna al especialista mejora las posibilidades de arribar a un diagnóstico y tratamiento de manera temprana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Minciullo PL, Paolino G, Vacca M, Gangemi S, Nettis E. Unmet diagnostic needs in contact oral mucosal allergies. *Clin Mol Allergy*. 2016; 14:10. DOI: 10.1186/s12948-016-0047-y
2. Trembay S, Avon SL. Contact allergy to cinnamon: case report. *J Can Dent Assoc*. 2008; 74(5): 445-448. <https://www.cda-adc.ca/jcda/vol-74/issue-5/445.pdf>
3. Feller L, Wood NH, Khammissa RAG, Lemmer J. Review: Allergic contact stomatitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2017; 123(5): 559-565. DOI: 10.1016/j.oooo.2017.02.007
4. Cifuentes M, Davari P, Rogers RS. Contact stomatitis. *Clin Dermatol*. 2017; 35(5): 435-440. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2017.06.007
5. Isaac-Renton M, Li MK, Parsons LM. Cinnamon spice and everything not nice: many features of intraoral allergy to cinnamic aldehyde. *Dermatitis*. 2015; 26(3): 116-121. DOI: 10.1097/DER.000000000000112
6. Drake TE, Maibach HI. Allergic contact dermatitis and stomatitis caused by a cinnamic aldehyde-flavored toothpaste. *Arch Dermatol*. 1976; 112(2): 202-203. DOI: 10.1001/archderm.1976.01630260026007
7. Syrigos N, Grapsa D, Zande M, Georgakopoulou E, Syrigou E. Distinct clinical and sensitization patterns of cinnamon-induced contact stomatitis: a propos of two cases. *Int J Dermatol*. 2017; 56(12): 1506-1508. DOI: 10.1111/ijd.13750
8. Reinhart JP, Stoopler ET, Crawford GH. Oral hypersensitivity reactions. *Dermatol Clin*. 2020; 38(4): 467-476. DOI: 10.1016/j.det.2020.05.007
9. Miller RL, Gould AR, Bernstein ML. Cinnamon-induced stomatitis venenata, Clinical and characteristic histopathologic features. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1992; 73(6): 708-716. DOI: 10.1016/0030-4220(92)90016-j