

Eritema en paladar por felación. Revisión a propósito de un caso[†]

Fonseca Gabriel Mario*

* Laboratorio de Pericias en
Odontología Forense
Cátedra de Anatomía Patológica B
Facultad de Odontología.

**Universidad Nacional de
Córdoba.**
Argentina

Correspondencia:
Gabriel Mario Fonseca

Correo electrónico:
gabriel_fonseca@argentina.com

Recibido: Octubre 2011.
Aceptado: Marzo 2012.

Resumen

Morfo-fisiológicamente, la cavidad oral participa activamente en los procesos digestivos, respiratorios y fonatorios; sin embargo, su abundancia de terminales nerviosos ha llevado a considerarla una zona erógena con participación en diferentes actividades sexuales entre las que se cuenta la felación. Esta práctica constituye, a nivel odontológico, una escasamente referenciada manera de vulnerar los tejidos orales, sea cual fuere su mecanismo lesionológico. Se presenta una revisión a propósito de un caso de eritema en mucosa palatina producto de felación por succión y se discute la importancia de una correcta anamnesis para su eventual diagnóstico clínico.

Palabras clave: Felación, lesión, paladar, anamnesis.

Abstract

Morpho-physiologically, the oral cavity takes part actively in the digestive, respiratory and phonatory processes; nevertheless, its abundance of nervous terminals has led to considering it an erogenous zone with participation to different sexual activities between which the *fellatio* is included. This practice constitutes odontologically, a scantily referred way of damaging the oral tissues, be which will be its mechanism of injury. A review about a case of erythema in palate mucous membrane caused by *fellatio* for suction is presented and the importance of a correct anamnesis for its eventual clinical diagnostic is discussed.

Key words: Fellatio, injury, palate, anamnesis.

Introducción

La cavidad oral, entendida morfo-fisiológicamente, constituye el primer segmento del tubo digestivo abriéndose al exterior por un orificio o hendidura y cuya capacidad va a depender de la proximidad o separación entre la mandíbula y el maxilar.¹ Como toda cavidad comunicada con el exterior, se encuentra revestida por una *membrana mucosa* de superficie húmeda, estructura compuesta por una *lámina propia* o *corion* de tejido conectivo (con vasos sanguíneos, nervios y estructuras de sostén) tapizado externamente por otro tejido, un epitelio estratificado plano (avascular) desarrollado para la protección y defensa. Estos tejidos se encuentran sutilmente modificados en su morfología según las influencias mecánicas que actúen sobre ellos, variaciones que determinarán además su color y aspecto.² Es en la cavidad oral donde se

ingiere la comida y donde se prepara para su digestión en el estómago; allí va a producirse la masticación con los dientes, la salivación para facilitar la formación de un bolo alimenticio manejable y donde se producirá la deglución, iniciada de forma voluntaria.³

Su abundancia de terminales nerviosos ha llevado a tenerla en cuenta desde perspectivas algo menos disectivas: es considerada *zona erógena primaria* junto a los genitales, donde la carga sexual puede originarse en el solo beso o en otras actividades orales como son lamer, chupar y morder los labios, hasta actitudes más o menos aceptadas socialmente como lo es la estimulación orogenital en sus diferentes formas.⁴ Entre éstas, la *felación*, es decir, "la introducción del pene en la cavidad oral, tras lo cual la parte pasiva de la pareja realiza movimientos de succión, que pueden reforzarse con movi-

mientos de avance y retroceso del miembro viril realizados por la parte activa”,⁵ sin duda constituye una forma de práctica de la sexualidad con profusa reseña histórica y cultural, pero escasa referencia odontológica; sus relativas menciones han tomado como foco la posibilidad de abuso infantil^{6,7} o la presencia de lesiones características de enfermedades de transmisión sexual (ETS).⁸⁻¹⁰

En adultos, y dadas las características de las estructuras anatómicas involucradas, se ha referido escasa importancia a las supuestas lesiones por trauma mecánico, para algunos autores inocuas por restricciones sociales o por su carácter autorresolutivo¹¹ o incluso inexistentes para otros.⁵

Sin embargo, ya desde 1975 se ha reportado la presencia de una particular lesión hemorrágica con localización en la unión de paladar duro y blando vinculada a felación, de tamaño variable y configuración puntiforme de tonalidad rojiza violácea, bordes mal definidos, vitropresión negativa y con tendencia a la desaparición al cabo de días o semanas.¹²⁻¹⁷ Escasas, pero explícitas, estas referencias han pretendido informar de un cuadro lesivo de difícil reconocimiento por su carácter inespecífico y complejo interrogatorio. Se presentan las características clínicas de una lesión en la unión de paladar duro y blando de una mujer adulta, donde la exploración y el abordaje anamnéstico permitieron reconocer a una conducta de origen sexual como su agente etiológico.

Descripción del caso

Mujer de 42 años es derivada a consulta estomatológica por una lesión en la unión de paladar duro y blando de aproximadamente 3 cm de alto por 1.5 cm en su base, siguiendo la conformación triangular del paladar. La lesión es puntiforme, de color rojo encendido ligeramente violácea, sutilmente elevada, de bordes irregulares e indoloros (*Figura 1*). La paciente manifiesta desconocer la existencia de esta lesión hasta haber sido notada por su odontólogo de cabecera, motivo de la derivación con un diagnóstico presuntivo de *heman-*

gioma. Es portadora de prótesis removible de cromo-cobalto, pero no se observa ningún tipo de relación topográfica ni disfuncional con la lesión (*Figura 2*).

Dado el diagnóstico presuntivo se realiza vitropresión, la que resultó negativa. Interrogada al respecto, la paciente manifiesta no comer alimentos excesivamente calientes o ácidos ni el hábito del consumo de infusión con cánula o bombilla (mate), salvo en excepcionales ocasiones. Se procede entonces, previo bloqueo anestésico local, a tomar una muestra de la lesión de 1 por 0.5 cm constatóndose en forma casi inmediata el vaciamiento total de la misma con la salida de un componente hemático ligeramente amarronado.



Figura 1. Lesión puntiforme, de color rojo encendido ligeramente violácea, sutilmente elevada, de bordes irregulares e indolora.



Figura 2. No se observa ninguna relación de la lesión con la prótesis removible.

Este pequeño derrame se detiene al cabo de unos minutos dejando como resultado la desaparición total de la lesión. Dadas las características de la zona, se optó por una cicatrización por segunda intención y lavajes con solución salina.

El control a las 72 h reveló la presencia de tejido de granulación en el sector extirpado y la ausencia absoluta de pigmentación en el resto de la lesión (Figura 3). El análisis histopatológico informó la presencia de extravasación hemorrágica por ruptura de pequeños vasos, en algunos sectores con infiltración de hemosiderina. El diagnóstico definitivo fue de equimosis submucosa. A los siete días pudo verificarse la cicatrización total de la herida y la desaparición absoluta de la lesión (Figura 4).

Teniendo en cuenta esta información se procedió a un nuevo interrogatorio a la paciente. Se explicó que la naturaleza de la lesión obedecía a un fenómeno conocido como *sugilación*, es decir, un mecanismo de succión y vacío realizado por el paladar blando gracias a su movimiento ascendente. Dada la zona de aparición, esto podría suponer la presencia de algún tipo de hábito el que, sumado a cierta fragilidad capilar, sería causal de la lesión. Sobre ese respecto, la paciente informa entonces que ella suele practicar de esa manera la relación orogenital con su pareja masculina y que además son comunes los cardenales o "moretones" en su cuerpo con mínimos roces.



Figura 3. Control a las 72 horas.



Figura 4. Control a los siete días, pudo verificarse la cicatrización total y desaparición de la lesión.

Discusión

En la cavidad oral, agentes vulnerantes muy leves, pero repetidos pueden producir lesiones dada la susceptibilidad de las mucosas; ya en 1973, Grinspan refirió que ulceraciones traumáticas pueden ser provocadas por el "chupete" ("chupón") contra el paladar o por la succión al mamar.¹⁸ La lesión púrpura ligeramente elíptica, indolora a nivel del paladar y de hallazgo casual, secundaria a la combinación de presión negativa dentro de la cavidad oral y el impacto del pene en el paladar ha sido denominada *Síndrome Fellatio*.^{11,14,19,20} Aún desapareciendo, ha sido reportada su reaparición una vez repetido el acto.^{14,19}

La posibilidad de distensión y adaptación del paladar blando al dorso lingual en los mecanismos de succión justificaría la aparición de estas lesiones^{12,13,16} y se han mencionado algunas hipótesis respecto a los mecanismos precisos de producción:

- **Contracción repetida de la musculatura palatina:** El contacto del pene sobre la mucosa palatina activaría el reflejo faríngeo, lo que resultaría en las contracciones del paladar blando y otros músculos constrictores de la faringe. La combinación de la arcada consecuente al reflejo y los movimientos musculares palatinos originaría ruptura y extravasación sanguínea en la mucosa palatina a nivel superficial.^{12,19}

- **Succión:** La presión negativa intraoral originada por la succión del pene produciría la ruptura de los vasos en la mucosa palatina. Se ha referido apoyando a esta teoría el hallazgo de lesiones similares en paladares de niños que tienen el hábito de succión forzada al beber líquidos de un vaso.^{19,21}
- **Golpe:** Se han reportado casos describiendo lesiones en paladar consecuentes a la introducción forzada de uno o varios dedos dentro de la cavidad bucal.²² Por esta razón, no puede establecerse vinculación específica de esta hipótesis con el golpe producido por el pene en forma directa sobre el paladar.¹⁹

En el caso que se presenta, la succión parece representar el mecanismo de producción preponderante, donde la fragilidad capilar de la paciente ha oficiado de factor coadyuvante para su aparición. La vitropresión negativa no hace sino confirmar la naturaleza extravasada del componente hemático, algo ya descrito para las lesiones de estas características y diferenciándolas de aquéllas donde se encuentra proliferación vascular.^{16,18}

El valor de una correcta anamnesis es cuestionable dado el carácter inespecífico de las lesiones presentes.^{7,19,21,23} Los mecanismos de succión mencionados pueden no sólo ser realizados en la felación, sino también ser autoinflingidos por el individuo en casos de prurito palatino, faringitis alérgica o infecciosa,¹⁶ o por el mismo consumo de alimentos excesivamente calientes o ácidos.^{24,25} De igual modo, lesiones similares han sido descritas en caso de vómitos,^{14,26} quemaduras térmicas,¹⁷ trauma agudo por prótesis removibles, cepillado dental o incluso procedimientos odontológicos iatrogénicos.^{15,19} No deben descartarse discrasias sanguíneas (*Púrpura trombocitopénica*, consumo de anticoagulantes, *leucemia* y *anemia aplásica*) o fragilidad capilar ante sutiles traumatismos (colocación de implementos tales como cucharas, bombillas, lapiceras, etc.).^{11,15-17,26} Si bien es cierto se ha ponderado la necesidad de reconocimiento de estas lesiones en niños por la po-

sibilidad de abuso,^{6,7} la similitud clínica e importante frecuencia de cuadros infecciosos tales como: Mononucleosis Infecciosa, Herpangina, Faringitis linfonodular aguda, Sarampión, Faringoamigdalitis, Candidiasis, Histoplasmosis o la Enfermedad de Behçet^{11,14,17,19,23,27} puede inducir a erróneas e irreparables denuncias.²⁸

Es evidente que el clínico debe estar lo suficientemente preparado para abordar correctamente el diagnóstico de estas lesiones basándose en una combinación no sólo de los hallazgos intraorales, microscópicos o serológicos, sino también de un sutil, direccionado e inteligente interrogatorio. Nuevos tiempos exigen nuevos paradigmas diagnósticos con nuevos enfoques anamnésticos por parte del profesional actuante: la cavidad oral, eje y contexto indiscutido del quehacer odontológico, establece y participa en la casi totalidad de las relaciones interpersonales.

† *Trabajo subsidiado por la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Universidad Nacional de Córdoba.*

Referencias bibliográficas

1. Rouvière H, Delmas A. Anatomía Humana Descriptiva, Topográfica y Funcional. 11a. Ed. Reimpr. Barcelona: Masson; 2006, p. 463.
2. Gómez de Ferraris ME, Campos MA, Sánchez QMC, Carda BMC, Carranza M. Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental. 3a. Ed. Madrid: Médica Panamericana; 2009, p. 139.
3. Moore KL, Agur AMR. Fundamentos de anatomía con orientación clínica. 2a. Ed. 2a. Reimpr. Médica Panamericana; Montevideo: 2007, p. 554-67.
4. Crooks RL, Baur K. Our Sexuality. 11a. Ed. Belmont: Wadsworth Publishing; 2011, p. 225-8.
5. Sánchez MC. Fellatio in Ore: Nomen Iuris? FOPJ. 2010; 1(1): 18-22.

6. Heitzler GD, Cranin AN, Gallo L. Sexual abuse of the oral cavity in children. *J Mich Dent Assoc.* 1994; 76(6): 28-30.
7. Shanel-Hogan KA. What is this red mark? *J Calif Dent Assoc.* 2004; 32(4): 304-5.
8. Simon PA. Oral condyloma acuminatum as an indicator of sexual abuse: dentistry's role. *Quintessence Int.* 1998; 29(7): 455-8.
9. Scully C, Porter S. HIV topic update: orogenital transmission of HIV. *Oral Dis* 2000; 6(2): 92-8.
10. Younai FS. Oral HIV transmission. *J Calif Dent Assoc.* 2001; 29(2): 142-8.
11. Restrepo EA. La mujer como víctima de trauma sexual. *Iatreia.* 1996; 9(3): 136-9.
12. Schlesinger SL, Borbotsina J, O'Neill L. Petechial hemorrhages of the soft palate secondary to fellatio. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1975; 40(3): 376-8.
13. Worsaae N, Wanscher B. Oral injury caused by fellatio. *Acta Derm Venereol.* 1978; 58(2): 187-8.
14. Wood NK, Goaz PW. Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales. 5a. Ed. Madrid: Harcourt Brace; 1998.
15. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. *Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations.* 5a. Ed. Elsevier; St. Louis: 2008, p. 33, 160, 401.
16. Eversole LR. Pigmented lesions of the oral mucosa. En: Greenberg MS, Glick M (eds.). *Burket's Oral Medicine Diagnosis and Treatment.* 10a. Ed. Ontario: BC Decker; 2003, p. 134.
17. Laskaris G. *Atlas de enfermedades orales.* 1a. Ed. Barcelona: Masson; 2005, p. 58, 186.
18. Grinspan D. *Enfermedades de la Boca. Semiología, Patología, Clínica y Terapéutica de la Mucosa Bucal.* Tomo II. Ed. Mundi, Bs. As., 1973, p. 787-91.
19. Rogers D, Newton M. Sexual assault examination. En: Stark M. *Clinical forensic medicine. A Physician's guide.* 2a. Ed. Totowa: Humana Press; 2005, p. 53-6.
20. Terezhalmay GT, Naylor GD. Oral manifestations of selected sexually related conditions. *Dermatol Clin.* 1996; 14(2): 303-17.
21. Giansanti JS, Cramer JR, Weathers DR. Palatal erythema, another etiologic factor. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1975; 40(3): 379-81.
22. Girardin BW, Faugno DK, Seneski PC, Slaughter L, Whelan M. Findings in sexual assault and consensual intercourse. In: *Color Atlas of Sexual Assault.* St. Louis: Ed. Mosby; 1997, p. 41.
23. Damm DD, White DK, Brinker CM. Variations of palatal erythema secondary to fellatio. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1981; 52(4): 417-21.
24. Nahlieli O, Eliav E, Shapira Y, Baruchin AM. Intra palatal burns associated with the eating of microwaved pizzas. *Burns.* 1999; 25(5): 465-6.
25. Kafas P, Stavrianos C. Thermal burn of palate caused by microwave heated cheese-pie: A case report. *Cases J.* 2008; 1(1): 191.
26. Scully C, Porter S. Orofacial disease: update for the dental clinical team: 4. Red, brown, black and bluish lesions. *Dent Update.* 1999; 26(4): 169-73.
27. Sapp PJ, Eversole LR, Wysocki GP. *Patología oral y maxilofacial contemporánea.* 2a. Ed. Madrid: Elsevier España; 2005, p. 217-46.
28. Villanueva JC. Lesiones asociadas con HPV en mucosa oral de niños: ¿Prueba inequívoca de abuso? *FOPJ.* 2010; 1(1): 12-15.