

Medicentro 2001; 5(1)

CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DOCENTE
SANTA CLARA, VILLA CLARA

CARTA AL EDITOR

Gingivitis descamativa crónica como manifestación de un pénfigo vulgar. Presentación de un paciente

Por:

Dra. Caridad Nazco Ríos¹, Dra. Daysi González Pérez², Dra. María Elena González Díaz³ y Dra. María Elena Cobas Vilches⁴

1. Especialista de I Grado en Periodoncia. Clínica Estomatológica Docente de Santa Clara. Asistente. Facultad de Estomatología. ISCM-VC.
2. Especialista de II Grado en Dermatología. Profesora Auxiliar. Facultad de Estomatología. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Periodoncia. Clínica Estomatológica Docente de Santa Clara. Asistente. Facultad de Estomatología. ISCM-VC.
4. Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Asistente. ISCM-VC.

Descriptor DeCS: pénfigo vulgar/complicaciones, gingivitis/etiología

Subject headings: pemphigus/complications, gingivitis/etiology

Señor Editor:

La gingivitis descamativa crónica es una manifestación gingival inespecífica de una variedad de trastornos sistémicos en los que se incluyen las dermatosis.

Se caracteriza por intenso enrojecimiento y descamación del epitelio superficial, cuya gravedad varía; clínicamente se descubren tres formas: leve, moderada y grave¹.

Las alteraciones microscópicas descritas en esta enfermedad coinciden en la mayoría de los casos con las de un líquen plano y, menos frecuentemente, con las de un pénfigo de las mucosas².

El pénfigo vulgar es una enfermedad crónica mucocutánea, de naturaleza autoinmune, cuya manifestación inicial pueden ser las lesiones bucales ampollosas o descamativas, que en ocasiones son predominantes y únicas o asociadas a lesiones de la conjuntiva y otras mucosas, como la nasal, vaginal, rectal y uretral³.

La biopsia revela acantólisis en las capas suprabasales que conducen a la formación de ampollas intraepiteliales, las cuales se rompen rápidamente y forman erosiones dolorosas⁴.

En este trabajo presentamos un paciente en el que las lesiones bucales en forma de gingivitis descamativa constituyeron la primera manifestación de la enfermedad.

Presentación del paciente

Se trata de MCM de 38 años de edad, sexo femenino, raza blanca, que acude al servicio de Periodoncia de la Clínica Estomatológica Docente de Santa Clara, remitida de la atención primaria por la tórpida evolución de lesiones bucales que comenzaron después de una extracción dentaria, y fueron tratadas con fitofármacos y nistatina desde hacía aproximadamente dos meses, sin resultados positivos.

Durante el interrogatorio no se determinaron antecedentes patológicos personales o familiares. Al examen clínico se observaron lesiones erosivas en forma de media luna en encía marginal vestibular de 1,3, 1,4 y lingual de 4,2 y descamativas en encía vestibular y palatina (Figura 1). Presentaba una fisura en ambos carrillos en la línea de la oclusión, muy dolorosas (Figura 2)



Figura 1 Lesiones descamativas en encía vestibular de la mandíbula.

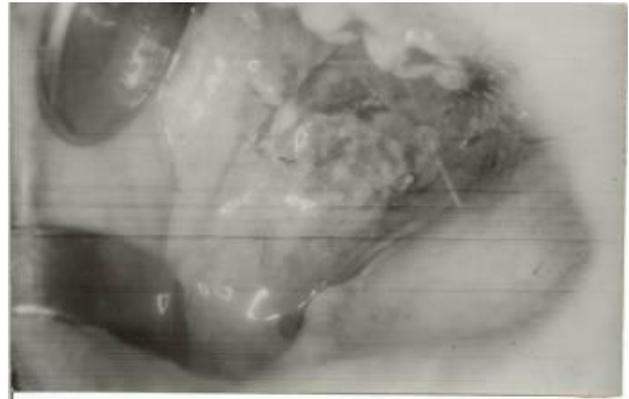


Figura 2 Fisura en el carrillo en la línea de la oclusión.

La lengua se presentaba depapilada y sangrante en el tercio posterior; en la zona sublingual, en la base y borde izquierdo, se observaban lesiones erosivas. El dolor intenso provocaba incapacidad funcional, presentaba grandes dificultades para la masticación, deglución, fonación y para realizar la higiene bucal, aspecto éste que provocó infección bacteriana sobreañadida.

No se observaron lesiones cutáneas, aunque refería molestias rectales y vaginales, por lo que fue remitida al Proctólogo y al Ginecólogo. El primero diagnosticó una fisura anal y lesiones blanquecinas, sin diagnóstico definitivo, y el Ginecólogo refirió enrojecimiento de la mucosa vaginal. El exudado de la vagina fue negativo.

Se indicaron complementarios -cuyos resultados estaban dentro de límites normales-, y exudados de las lesiones bucales, con resultados negativos.

Se realizó biopsia de las lesiones bucales del carrillo y se confirmó el diagnóstico de pénfigo vulgar. Se administró tratamiento con triamcinolona al 0,1 %, lidocaína tópica, enjuagatorios de diacetato de clorhexidina al 0,2 %, fisioterapia bucal con cepillo blando; se realiza detartraje ultrasónico y se indica el uso del hilo dental. Esta conducta terapéutica se adoptó desde el inicio, y se mantuvo una vez realizado el diagnóstico definitivo.

Se remitió al Dermatólogo, quien indicó prednisona a dosis elevadas (60 mg por día). Al mejorar las lesiones bucales, se le indica dapsona (100 mg por día) para disminuir gradualmente el corticosteroide hasta una dosis de mantenimiento, que en este caso fue de 2,5 mg por día.

Durante los siete meses siguientes la paciente ha sido examinada periódicamente; no aparecieron recidivas ni nuevas lesiones mucosas ni cutáneas. Se le mantiene preventivamente la triamcinolona tres veces al día y una rigurosa higiene bucal.

Es llamativa la evolución favorable del caso con una dosis mínima del corticosteroides (prednisona) asociada a la dapsona.

Comentario

El pénfigo vulgar es una enfermedad que generalmente afecta la mucosa bucal (90 a 100 % de los casos), y las lesiones bucales suelen preceder a las cutáneas extensas³.

El tiempo transcurrido entre la aparición de estas lesiones iniciales y la extensión a otras partes del cuerpo es variable, y pueden transcurrir meses, e incluso años, antes de su generalización a la piel⁵.

Cualquier zona de la cavidad bucal puede ser lesionada, pero las zonas más afectadas son las que están sometidas a una mayor irritación y traumatismo, como la línea oclusal de la mucosa de los carrillos y el paladar⁶.

Por su escasa frecuencia, esta entidad puede ser mal atendida por el estomatólogo, quien desempeña un papel fundamental en su diagnóstico precoz, lo que permitirá aplicar un tratamiento más simple con corticosteroides por vía sistémica, para evitar la formación de lesiones cutáneas y lograr un mejor pronóstico. Antes del empleo de estos medicamentos la mortalidad era aproximadamente de un 90 %; actualmente, según la severidad de los casos y el criterio de diferentes autores, varía entre un 10 y un 75 % o entre un 30 y un 40 %^{6,7}.

Se debe realizar un minucioso examen bucal y clínico, aunque el diagnóstico definitivo sólo puede hacerse mediante un estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico. La citología ayuda al diagnóstico, pero no excluye la realización de la biopsia. Se impone el diagnóstico diferencial con otras enfermedades vesiculoampollosas^{4,8}.

El tratamiento consiste en la administración de corticosteroides por vía sistémica en dosis de moderadas a altas (80 a 200 mg por día) y de 10 a 15 mg por día como dosis de mantenimiento; se tendrá en cuenta las particularidades del paciente, dados los efectos secundarios, tales como: hipertensión arterial, hiperglicemia, alteraciones gástricas, retención de líquidos, aumento de peso, entre otros. Es preferible combinarlos con drogas inmunosupresoras (azathioprina, metotrexate, ciclofosfamida, dapsona) que permiten una reducción rápida de los esteroides^{6,9,10}.

Por lo general, las lesiones bucales son más resistentes al tratamiento que las cutáneas. La aplicación de esteroides tópicos, la utilización de colutorios y anestésicos, así como la reducción al mínimo de todos los factores irritativos locales, principalmente el mantenimiento de una rigurosa higiene bucal, son indispensables en el tratamiento de las lesiones descamativas^{1,6,7}.

Ya que la mucosa bucal es la localización más frecuente del pénfigo vulgar, y en ocasiones estas lesiones suelen ser únicas, el papel del estomatólogo es fundamental en el diagnóstico y evolución de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Scully C, Porter SR. The clinical spectrum of desquamative gingivitis. *Semin Cutan Med Surg* 1997;16(4):308-313.
2. Markopoulos AK, Antoniades D, Papanayotou P, Trigonidis G. Desquamative gingivitis: a clinical, histopathologic, and immunologic study. *Quintessence* 1996;27(11):763-767.
3. Sánchez Aguilar D, Florez Menéndez A, Girartez Val M, Pénfigos y penfigoides. *Rev Med* 1999;135(7):63-81.
4. Yih Wy, Maier Tkratachvil FG, Zieper MB. Analysis of desquamative gingivitis using direct immunofluorescence in conjunction with histologic. *J Periodontol* 1998;69(6):678-685.
5. Kunzelmann KH, Plewing G, Meurer M. Chronic ulcerative stomatitis. *Br J Dermatol* 1997;137(2):262-265.
6. Vaillant L. Bullous autoimmune disease of the oral mucosa. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1999;100(5):230-239.
7. Navarro CM, Sposto MR, Onofre MA, Saully C. Gingival lesions diagnosed as penphigus vulgaris in an adolescent. Case report. *J Periodontol* 1999;70(7):808-812.

8. Rinaggio J, Neiders ME, Aguirre A, Kumar V. Using immunofluorescence in the diagnosis of chronic ulcerative lesions of the oral mucosa. *Compend Contin Educ Dent* 1999;20(10):943-950.
9. Lamey PJ, Rees TD, Binnie WH, Wright JM, Rarnkin KV, Simpsons NB. Oral presentation of pemphigus vulgaris and its response to systemic steroid therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992;74(1):54-57.
10. Lu SY, Chen WJ, Eng HL. Response to levamisole and low dose prednisolone in 41 patients with chronic oral ulcers: a 3 years open clinical trial and follow up study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998;86(4):438-445.