

## Gingivitis descamativa crónica: una manifestación gingival del liquen plano bucal

Chronic desquamative gingivitis: a gingival manifestation of oral lichen  
planus

Ana Isabel Álvarez Jiménez<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-3986-7862>

Lázaro Sarduy Bermúdez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-8590-1216>

Marysol Rodríguez Felipe<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-1751-4150>

<sup>1</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [lazarosb@infomed.sld.cu](mailto:lazarosb@infomed.sld.cu)

### RESUMEN

El término de gingivitis descamativa ha evolucionado con el decursar de los años. La clasificación de la enfermedad periodontal vigente en Cuba la incluye dentro de los procesos inflamatorios crónicos superficiales. La Academia Americana de Periodontología y la Federación Europea de Periodoncia, han destinado un apartado para esta enfermedad denominado: alteraciones inflamatorias e inmunes. Se presentó una paciente de 27 años de edad, con ardor, sangramiento gingival y molestias al cepillado, la cual acudió a la consulta de Estomatología General Integral. Durante el examen clínico se constató la presencia de zonas eritematosas a

nivel de encía marginal e insertada, con exposición del tejido conectivo. Luego de concluida la atención primaria en Periodoncia, la paciente fue remitida a la atención secundaria donde se le diagnosticó un liquen plano bucal con manifestaciones gingivales. Se instauró el tratamiento adecuado hasta la desaparición de las lesiones.

**DeCS:** gingivitis ulcerosa necrotizante; gingivitis; liquen plano oral.

## ABSTRACT

The term desquamative gingivitis has evolved over the years. The current classification of periodontal disease in Cuba includes it among chronic superficial inflammatory processes. The American Academy of Periodontology and the European Federation of Periodontology have assigned a section for this disease called inflammatory and immune alterations. We present a 27-year-old female patient with burning, gingival bleeding and discomfort when brushing, who came to the General Comprehensive Dentistry consultation. Erythematous areas were observed during clinical examination, at the level of the inserted and marginal gingiva, with exposure of the connective tissue. After the completion of primary periodontal care, the patient was referred to secondary care where she was diagnosed with oral lichen planus with gingival manifestations. Appropriate treatment was instituted until the lesions disappeared.

**MeSH:** gingivitis, necrotizing ulcerative; gingivitis; lichen planus, oral.

Recibido: 14/06/2021

Aprobado: 26/10/2021

Aunque se reconoció y notificó por primera vez en el año 1894, el término gingivitis descamativa crónica fue acuñado por Prinz en 1932, y citado por Aguirre y colaboradores,<sup>(1)</sup> para describir una lesión peculiar que se caracterizaba por eritema intenso, descamación y ulceración de las encías libre e insertada. Los pacientes



pueden ser asintomáticos pero si presentan síntomas las molestias son variables, desde una sensación de ardor leve hasta un dolor intenso. Alrededor del 50 % de los casos de gingivitis descamativa se localizan en la encía, aunque no es raro que se afecten otros sitios intrabucales y extrabucales. Al principio no existía claridad sobre el origen de esta afección, y se sugirió una serie de posibilidades. Dado que la mayoría de los pacientes se diagnosticaba entre la cuarta y quinta décadas de la vida (si bien la gingivitis descamativa se presenta tan temprano como en la pubertad, o tan tarde como en el séptimo u octavo decenios), se sospechó que podría tratarse de un trastorno hormonal. Sin embargo, en 1960 McCarthy y colaboradores, citados por Aguirre y colaboradores,<sup>(1)</sup> sostuvieron que la gingivitis descamativa no era una afección patológica específica, sino una reacción gingival relacionada con una variedad de enfermedades.

En lo adelante, dicho concepto se fundamentó en numerosos estudios inmunopatológicos, en los cuales se describe que la descamación y el eritema gingival son unas de las primeras apariencias clínicas del signo de gingivitis descamativa, ubicándose en la encía marginal, extendiéndose hacia la mucosa alveolar, palatina, yugal, labial y lingual. La mayoría de las personas afectadas son adultos mayores de 40 años con predominio del sexo femenino, aunque se han informado casos en niños con las mismas características.<sup>(2)</sup>

Los parámetros clínicos y de laboratorio revelan que alrededor del 75 % de los casos de gingivitis descamativa tienen origen dermatológico. El liquen plano y el penfigoide cicatrizal constituyen el 95 % de los casos. Sin embargo, desde el punto de vista clínico, muchas enfermedades autoinmunitarias mucocutáneas como: el penfigoide ampollar, el pénfigo vulgar, las enfermedades de inmunoglobulina A (IgA) lineal, la dermatitis herpetiforme, el lupus eritematoso y la estomatitis ulcerativa crónica, se manifiestan como gingivitis descamativa.<sup>(1)</sup>

El término de gingivitis descamativa ha ido evolucionando con los años, y se ha incluido en los sistemas de clasificación de la enfermedad periodontal dentro de las alteraciones degenerativas como gingivosis. En el contexto cubano, específicamente



en la quinta versión del sistema de clasificación, se incluye dentro de los procesos inflamatorios crónicos superficiales.<sup>(3)</sup> Por su parte, la Academia Americana de Periodontología y la Federación Europea de Periodoncia, en su última clasificación de las enfermedades periodontales emanada del taller realizado en Chicago en el 2017, basándose en la etiología y las características clínicas, ha destinado un apartado para esta enfermedad denominado: alteraciones inflamatorias e inmunes, y lo subdivide en enfermedades autoinmunes de piel y mucosas y reacciones de hipersensibilidad.<sup>(4,5)</sup>

### **Presentación del paciente**

Paciente femenina de 27 años de edad, que acudió a la consulta de Estomatología General Integral con: ardor, sangramiento gingival y molestias al cepillado. En el examen clínico se constató: la presencia de zonas eritematosas a nivel de la encía marginal e insertada, y áreas desepitelizadas con exposición del tejido conectivo (Figura 1). También se observaron lesiones blanquecinas a nivel de los carrillos en forma de estrías (Figura 2).



**Figura 1.** Lesión eritematosa que abarca la encía marginal y parte de la encía insertada.



**Figura 2.** Lesión blanquecina a nivel de los carrillos en forma de estrías.

Una vez realizado el diagnóstico presuntivo de gingivitis descamativa crónica por parte del estomatólogo, y concluida la atención primaria en Periodoncia, que incluyó las instrucciones de higiene bucal, el control de la biopelícula y las actividades promocionales, la paciente fue remitida al servicio de Periodontología de la Facultad de Estomatología para arribar al diagnóstico definitivo y establecer la terapéutica adecuada. La paciente fue interconsultada con los servicios de Dermatología y Reumatología en los cuales se descartaron lesiones en otros sitios extrabucales.

Los exámenes complementarios realizados mostraron los siguientes valores: Hb: 135 g/l, leucocitos:  $6,0 \times 10^9/l$ , polimorfonucleares: 0,57, linfocitos: 0,45, coagulograma: tiempo de sangrado: 1 minuto, tiempo de coagulación: 8 minutos, plaquetas:  $242 \times 10^9/l$ , la serología fue no reactiva y VIH negativo.

Se procedió a realizar la biopsia de las lesiones por parte del periodontólogo a fin de confirmar el diagnóstico planteado. Una vez tomadas las muestras se suturaron los sitios intervenidos (Figura 3) y se dieron las indicaciones postoperatorias. Se retiró la sutura siete días después de la operación.



**Figura 3.** Sitios biopsiados.

Después de un período de 15 días, el resultado del estudio histopatológico informó una degeneración hidrópica de la capa basal del epitelio con proyecciones interpapilares con aspecto de diente de sierra, e infiltrado denso en banda con predominio de linfocitos T en la lámina propia compatible con liquen plano.

Una vez establecido el diagnóstico definitivo de liquen plano bucal se instauró un tratamiento que incluía el mantenimiento de la higiene oral con un adecuado cepillado dentogingival, el cual debía realizarse suavemente, con el empleo de cremas dentales poco abrasivas, cepillo de cerdas blandas. También se orientaron cuidados dietéticos que abarcaban el consumo de alimentos poco condimentados, y la no ingestión de ácidos ni bebidas gaseadas. Se prescribieron: colutorios de manzanilla tres veces al día, previos a la aplicación de triamcinolona al 1 % sobre las lesiones con esta misma frecuencia, Vitamina A y C, una tableta una vez al día por un mes. Después de concluido el tiempo programado de tratamiento, las lesiones desaparecieron; la paciente fue citada cada tres meses a consultas de mantenimiento periodontal.

### **Comentario**

La gingivitis descamativa crónica, a la luz de los conocimientos actuales y las referencias más modernas, se refiere a una manifestación gingival de determinados trastornos autoinmunes de piel y mucosas.<sup>(6,7)</sup> El estomatólogo juega un importante papel en el diagnóstico de esta afección, en el control de los irritantes locales que pueden agravar la lesión, así como en la remisión a la atención secundaria donde se

establecerá el diagnóstico definitivo. A través del estudio histopatológico se confirmará el diagnóstico del desorden mucocutáneo en cuestión que ocasiona tales manifestaciones gingivales.<sup>(8)</sup>

La gingivitis descamativa crónica es una afección inespecífica, ya que sus características clínicas varían de acuerdo a la gravedad de la lesión. La mayoría de las lesiones gingivales de tipo descamativas tienen origen dermatológico, y el porcentaje más alto corresponde al liquen plano.<sup>(7)</sup> El establecimiento de un diagnóstico certero permitió establecer un plan de tratamiento adecuado que conllevó a una remisión total de las lesiones en la paciente. Se planificaron citas de mantenimiento periódicas debido a la cronicidad del proceso inflamatorio y la posibilidad de recurrencia. Estos resultados fueron similares a los planteados por Villanueva y colaboradores,<sup>(9)</sup> quienes consideran la importancia cardinal que representa el establecimiento de un diagnóstico definitivo, certero y oportuno para desarrollar protocolos terapéuticos que muestren resultados aceptables. Estos autores destacan el uso de corticoides tópicos en el caso de estas enfermedades autoinmunes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguirre A, Tapia JL, Nisengard RJ. Desquamative gingivitis. En: Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA. Carranza's Clinical Periodontology. 11.<sup>a</sup> ed. Louis Missouri: Elsevier Saunders; 2012. p. 111-26.
2. Aguirre A, Tapia JL, Nisengard RJ. Desquamative gingivitis. En: Newman MG, Klokkevold PR, Takei HH, Carranza FA. Carranza's Clinical Periodontology. 12.<sup>a</sup> ed. Louis Missouri: Elsevier Saunders; 2015. p. 261-76.



3. González ME, Toledo B. Introducción a la clínica. Generalidades. En: González Díaz ME. Compendio de Periodoncia. 2.<sup>a</sup> ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017 [citado 20 Feb 2020]. Disponible en:  
[http://bvs.sld.cu/libros\\_texto/compendio\\_periodoncia/cap01.pdf](http://bvs.sld.cu/libros_texto/compendio_periodoncia/cap01.pdf)
4. Herrera D, Figuero E, Shapira L, Jin L, Sanz M. La nueva clasificación de las enfermedades periodontales y periimplantarias. Rev Cient Soc Española Periodonc [internet]. 2018 [citado 20 feb. 2020];1(9):[aprox. 10 p.]. Disponible en:  
[https://www.sepa.es/web\\_update/wp-content/uploads/2018/10/p11ok.pdf](https://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2018/10/p11ok.pdf)
5. Zerón A. La nueva clasificación de enfermedades periodontales. Rev Asoc Dent Mex [internet]. 2018 [citado 20 feb. 2020];75(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2018/od183a.pdf>
6. Sánchez JC, García de Carvalho G, Rodolfo J. Nueva clasificación sobre las enfermedades y condiciones periodontales y periimplantares. Una breve reseña. Odontol [internet]. 2018 [citado 20 feb. 2020];20(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6788006.pdf>
7. Eley BM, Soory M, Manson JD. Efectos de los factores sistémicos sobre los tejidos periodontales. En: Periodoncia. 6.<sup>a</sup> Barcelona: Elsevier España; 2012. p. 295-325.
8. González ME, Toledo B, Corrales M, Veitia F. Diagnóstico pronóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal inmunoinflamatoria crónica. En: González Díaz ME. Compendio de Periodoncia. 2.<sup>a</sup> La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017 [citado 20 feb. 2020]. Disponible en:  
[http://bvs.sld.cu/libros\\_texto/compendio\\_periodoncia/cap04.pdf](http://bvs.sld.cu/libros_texto/compendio_periodoncia/cap04.pdf)





9. Villanueva FG, Escalante LH, Zambrano G, Cuevas JC, Maya IA. Liquen plano bucal. Reporte de un caso y Revisión de la literatura. Rev Alerg Mex [internet]. 2018 [citado 20 feb. 2020];40(6):[aprox. 13 p.]. Disponible en:

<http://www.scielo.org.mx/pdf/ram/v65n4/2448-9190-ram-65-04-424.pdf>

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

