

Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), septiembre-octubre 2024,
Volumen 8, Número 5.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i5

GINGIVITIS DESCAMATIVA COMO MANIFESTACIÓN ORAL DEL PÉNFIGO: IMPLICACIONES CLÍNICAS

**DESQUAMATIVE GINGIVITIS AS AN ORAL
MANIFESTATION OF PEMPHIGUS:
CLINICAL IMPLICATIONS**

DCF. Dora María López Trujillo
Universidad Autónoma de Coahuila, México

DCF. Martha Margarita Aguado Arzola
Universidad Autónoma de Coahuila, México

DCF. María de los Ángeles Pietschmann Santamaría
Universidad Autónoma de Coahuila, México

DCF. Lizeth Alejandra Reyes Alvarado
Universidad Autónoma de Coahuila, México

CD. Aylin Alejandra Belmares González
Universidad Autónoma de Coahuila, México

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i5.14341

Gingivitis Descamativa como Manifestación Oral del Pénfigo: Implicaciones Clínicas

DCF. Dora María López Trujillo¹
doralopeztrujillo@uadec.edu.mx
<https://orcid.org/0000-0002-6501-6826>
Unidad Torreón
Universidad Autónoma de Coahuila
México

DCF. Martha Margarita Aguado Arzola
aguadom@uadec.edu.mx
<https://orcid.org/0000-0003-3366-3815>
Unidad Torreón
Universidad Autónoma de Coahuila
México

DCF. María de los Ángeles Pietschmann Santamaría
m.pietschmann.santa@uadec.edu.mx
<https://orcid.org/0000-0002-6951-6924>
Unidad Torreón
Universidad Autónoma de Coahuila
México

DCF. Lizeth Alejandra Reyes Alvarado
reyesl@uadec.edu.mx
<https://orcid.org/0000-0001-8821-7666>
Unidad Torreón
Universidad Autónoma de Coahuila
México

CD. Aylin Alejandra Belmares González
abelmares@uadec.edu.mx
<https://orcid.org/0009-0007-2036-9728>
Maestría en Ciencias Odontológicas
con Acentuación en Periodoncia
Unidad Torreón
Universidad Autónoma de Coahuila
México

RESUMEN

Introducción: La gingivitis descamativa (GD) se caracteriza por eritema intenso, descamación y ulceración de la encía libre e insertada, y suele presentarse como una condición dolorosa asociada con enfermedades sistémicas. Un alto porcentaje de casos de GD se relaciona con condiciones dermatológicas como el liquen plano y el pénfigoide de las mucosas. Sin embargo, otras enfermedades autoinmunes mucocutáneas, como el pénfigo vulgar, también pueden manifestarse con síntomas gingivales similares. **Descripción del caso:** Se presenta el caso de una paciente de 51 años con antecedentes de diabetes e hipertensión controlada, diagnosticada con enfermedad periodontal estadio IV grado B y GD asociada al pénfigo. Durante el examen clínico se observó el signo de Nikolsky, un indicador de acantólisis activa, frecuentemente relacionado con anticuerpos epidérmicos presentes en el pénfigo. **Tratamiento:** incluyó instrucciones de higiene oral, control de la biopelícula, raspado y alisado radicular, y terapia con corticosteroides tópicos (mometasona al 0,2%). La paciente experimentó una mejora notable en la condición gingival, aunque tuvo recaídas y remisiones durante el seguimiento anual. **Conclusión:** El manejo efectivo de la GD y enfermedades relacionadas requiere un diagnóstico preciso y tratamiento adecuado. Este caso resalta la importancia de diferenciar entre GD y pénfigo para optimizar los resultados terapéuticos.

Palabras clave: gingivitis descamativa, pénfigo vulgar, manifestaciones orales, corticosteroides, enfermedades autoinmunes

¹ Autor principal
Correspondencia: m.pietschmann.santa@uadec.edu.mx

Desquamative Gingivitis as an Oral Manifestation of Pemphigus: Clinical Implications

ABSTRACT

Introduction: Desquamative gingivitis (DG) is characterized by intense erythema, desquamation, and ulceration of the free and attached gingiva, and it often presents as a painful condition associated with systemic diseases. A high percentage of DG cases are related to dermatological conditions such as lichen planus and mucous membrane pemphigoid. However, other mucocutaneous autoimmune diseases, such as pemphigus vulgaris, can also manifest with similar gingival symptoms. **Case description:** This report presents the case of a 51-year-old female patient with a history of controlled diabetes and hypertension, diagnosed with stage IV grade B periodontal disease and DG associated with pemphigus. During the clinical examination, Nikolsky's sign was observed, an indicator of active acantholysis, frequently associated with epidermal antibodies present in pemphigus. **Treatment:** included oral hygiene instructions, biofilm control, scaling and root planing, and topical corticosteroid therapy (0.2% mometasone). The patient experienced significant improvement in the gingival condition, although there were relapses and remissions during annual follow-up. **Conclusion:** Effective management of DG and related diseases requires accurate diagnosis and appropriate treatment. This case highlights the importance of differentiating between DG and pemphigus to optimize therapeutic outcomes.

Keywords: desquamative gingivitis, pemphigus vulgaris, oral manifestations, corticosteroids, autoimmune diseases

*Artículo recibido 10 septiembre 2024
Aceptado para publicación: 15 octubre 2024*



INTRODUCCIÓN

La gingivitis descamativa (GD) se presenta como un enrojecimiento y descamación de las encías, acompañado de ulceraciones, con dolor que puede variar de leve a intenso. Aguirre et al. destacan que la GD se asocia con diversas enfermedades sistémicas. Sin embargo, McCarthy et al. (1960) la clasificaron como una reacción gingival secundaria a estas enfermedades, más que como una condición patológica independiente.¹

La descamación y el enrojecimiento de las encías son algunos de los primeros signos clínicos de la GD. Esta condición suele comenzar en la encía marginal y se extiende a la mucosa alveolar, palatina, yugal, labial y lingual. Aunque la mayoría de los afectados son adultos mayores de 40 años y hay una mayor prevalencia en mujeres, también se han reportado casos con características similares en niños.

Los datos clínicos y de laboratorio sugieren que alrededor del 75% de los casos de GD tienen una causa dermatológica. Dentro de estos casos, el liquen plano y el penfigoide cicatrizal representan el 95%. Desde una perspectiva clínica, diversas enfermedades autoinmunitarias mucocutáneas, como el penfigoide ampollar, el pénfigo vulgar, las enfermedades por inmunoglobulina A (IgA) lineal, la dermatitis herpetiforme, el lupus eritematoso y la estomatitis ulcerativa crónica, también pueden manifestarse como gingivitis descamativa.²

La Academia Americana de Periodontología y la Federación Europea de Periodoncia, en la más reciente clasificación de las enfermedades periodontales presentada en el taller de Chicago en 2017, han creado una categoría específica para esta enfermedad bajo el título: alteraciones inflamatorias e inmunes. Esta categoría se divide en dos subgrupos: enfermedades autoinmunes de piel y mucosas, y reacciones de hipersensibilidad.^{3, 4}

Penfigoide de las mucosas (Penfigoide cicatrizal)

El penfigoide de las mucosas es un trastorno autoinmunitario vesicular crónico de origen incierto, que afecta principalmente a mujeres en la quinta década de vida, aunque también puede presentarse en niños pequeños. Este trastorno afecta no solo la cavidad bucal, sino también las conjuntivas, las mucosas de la nariz, la vagina, el recto, el esófago y la uretra.⁵

La manifestación bucal más destacada de esta condición es la gingivitis descamativa, caracterizada por áreas de eritema, descamación, úlceras y vesículas en la encía insertada. Las lesiones vesículoampollares pueden aparecer en cualquier parte de la cavidad bucal; generalmente, presentan un techo grueso que se rompe después de dos o tres días, dejando detrás áreas ulceradas con bordes irregulares.⁵

Las manifestaciones clínicas varían según la gravedad de la lesión. La mucosa gingival puede volverse de un rojo intenso, con pequeñas placas opacas de color gris que afectan tanto a la encía libre como a la adherida. Al frotar el epitelio superficial, este se desprende, exponiendo un tejido conectivo doloroso y sangrante. Los pacientes suelen sentir una sensación de ardor seco en la boca y son especialmente sensibles a los cambios de temperatura. Los alimentos muy especiados resultan intolerables, y el cepillado dental provoca gran molestia, lo que dificulta el control de la placa y a menudo lleva al desarrollo de una gingivitis marginal secundaria. Según Glickman y Smulow, citados por Lemus et al., la severidad de la gingivitis descamativa puede clasificarse como leve, moderada o grave.⁶

Presentación de caso

Se presenta el caso de una paciente de 51 años con antecedentes de diabetes e hipertensión controladas, que acudió a la consulta dental en el posgrado de Periodoncia en la Facultad de Odontología de la Unidad Torreón. Durante el examen clínico, se observó el “signo de Nikolsky”, manifestado como un desplazamiento de la epidermis superficial por una fuerza de corte, indicando un plano de escisión en la epidermis.⁷ Este signo es un indicador significativo de acantólisis activa, y puede estar asociado a anticuerpos epidérmicos como en el pénfigo.

En el examen intraoral, se diagnosticó enfermedad periodontal estadio IV grado B, y gingivitis descamativa asociada a condiciones sistémicas autoinmunes de la piel, específicamente pénfigo. La paciente también presentó clase III con maloclusión: mordida colapsada, caries en órganos dentarios: 17, 18, 26, 36, 37, 46, 47, canino retenido (23), y fluorosis dental.

Los factores etiológicos identificados fueron: mala higiene, enfermedad periodontal, trauma oclusal, condiciones sistémicas autoinmunes e irritaciones crónicas. (Figura 1,2,3)

Una vez realizado el diagnóstico de gingivitis descamativa crónica con ayuda de los resultados obtenidos en la biopsia excisional con tinción de hematoxilina-eosina (Figura 4,5) y concluida la atención primaria en Periodoncia, que incluyó instrucciones de higiene bucal, control de la biopelícula, detartraje, raspado y alisado radicular por cuadrantes (donde se observó desepitelización de la encía, exponiendo tejido conectivo), (Figura 6,7) se indicó el uso de Mometasona al 0.2% en solución oftálmica como colutorio (5 ml de Mometasona al 0.2% tres veces al día) y vitaminas como vitamina B12, vitamina B y vitamina C una vez al día. La dosis fue reduciéndose gradualmente: en la primera semana se administró tres veces al día, en la segunda semana dos veces al día, en la tercera semana una vez al día, y en la cuarta semana un día sí y un día no. El medicamento se suspendió hasta el mes, una vez que la enfermedad se controló.

Tras la terapia periodontal y el tratamiento con corticosteroides, se observó una evolución favorable: la encía presentó un color rosa coral, bien adherida y libre de placa dentobacteriana. La paciente refirió la ausencia de dolor al cepillado y la mejora de la mucosa durante la ingesta de alimentos. Sin embargo, durante el año de seguimiento, hubo períodos de exacerbación y remisión, incluso con la paciente bajo control de placa y estable en la enfermedad. (Figura 8)

Ilustraciones, Tablas y gráficos

Figura 1. Fotografía frontal inicial



Figura 2. Fotografía oclusal superior



Figura 3. Fotografía oclusal inferior



Figura 4. Biopsia excisional

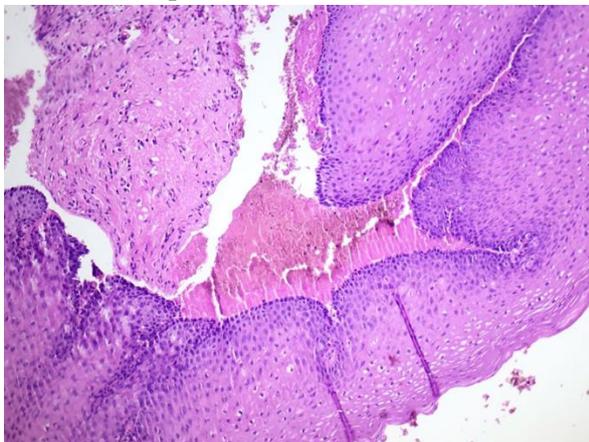


Figura 5. Biopsia con tinción de hematoxilina-eosina

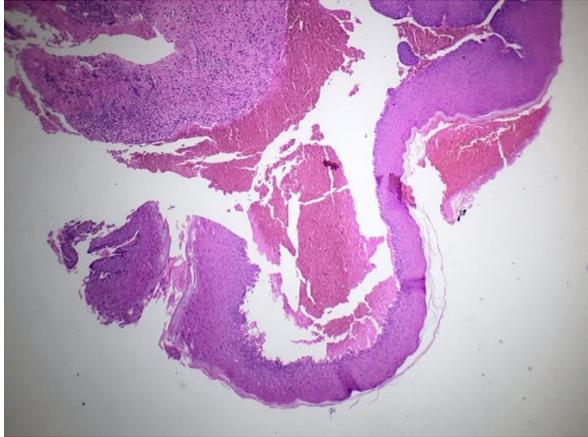


Figura 6. Deseptilización de la encía después del alisado cuadrante superior derecho dejando tejido conectivo expuesto



Figura 7. Deseptilización de la encía después del alisado cuadrante superior izquierdo dejando tejido conectivo expuesto



Figura 8: Fotografía de control a un año



DISCUSIÓN

Un diagnóstico preciso es esencial, ya que el tratamiento de la GD y el pénfigo puede variar significativamente. La GD suele manejarse la eliminación de factores irritantes, una adecuada higiene bucal y, tratamientos tópicos o sistémicos para reducir la inflamación. En contraste, el pénfigo requiere un manejo más especializado, que suele incluir el uso de inmunosupresores y un seguimiento continuo para controlar la progresión de la enfermedad y evitar complicaciones.⁸

La gingivitis descamativa crónica, según los estudios y la información más actual, se presenta como un signo gingival relacionado con ciertos trastornos autoinmunes que afectan la piel y las mucosas. El estomatólogo desempeña un papel crucial en diagnosticar esta afección, en identificar y controlar los factores irritantes locales que pueden agravar la condición, y en remitir al paciente a especialistas para obtener un diagnóstico exacto. La confirmación del diagnóstico se lleva a cabo mediante estudios histopatológicos que revelan el trastorno mucocutáneo que causa las alteraciones en las encías.⁸

Esta afección se considera inespecífica porque sus características clínicas pueden variar según la severidad de la lesión. Por lo general, las lesiones gingivales descamativas tienen un origen dermatológico. Un diagnóstico preciso permite diseñar un plan de tratamiento adecuado, que puede llevar a la resolución completa de las lesiones. Dado que la inflamación es crónica y existe la posibilidad de recurrencia, se deben de programar visitas de mantenimiento periódicas. Estos hallazgos coinciden con los de Villanueva et al., quienes destacan la importancia de un diagnóstico preciso y oportuno para implementar tratamientos efectivos. También enfatizan el uso de corticoides tópicos como una opción clave en el manejo de estas enfermedades autoinmunes.^{9,10}

CONCLUSIÓN

La Gingivitis descamativa es una entidad clínica multifactorial que requiere una evaluación exhaustiva para diferenciar entre diversas enfermedades mucocutáneas autoinmunes y otras condiciones que afectan las encías. En el caso presentado, el diagnóstico preciso y la implementación de un tratamiento periodontal junto con corticosteroides tópicos resultaron en la mejoría de la condición gingival, aunque el manejo a largo plazo de la enfermedad autoinmune subyacente es crucial para prevenir futuras exacerbaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Álvarez Jiménez, A. I., Sarduy Bermúdez, L., & Rodríguez Felipe, M. (2022). Gingivitis descamativa crónica: una manifestación gingival del liquen plano bucal. *Medicentro Electrónica*, 26(1), 186-194.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30432022000100186&script=sci_arttext
2. Aguirre A, Tapia JL, Nisengard RJ. Desquamative gingivitis. En: Newman MG, Klokkevold PR, Takei HH, Carranza FA. Carranza's Clinical Periodontology. 12.a ed. Louis Missouri: Elsevier Saunders; 2015. p. 261-76.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S10293043202200010018600000&lng=en
3. Canasti Guberna BE, Cuestas M. Penfigoide de membranas mucosas: A propósito de dos casos clínicos. *Odontoestomatol* [internet]. 2010 sep. [citado 3 oct. 2013];12(15):[aprox. 4 p.].
<https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/ru/lil-576236>
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.pdf4.
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.pdf5>.



6. Lemus Corredera I, González Díaz ME, China Meneses EM, Toledo Pimentel B. Diagnóstico pronóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal inflamatoria crónica. En: Colectivo de autores. Compendio de Periodoncia. La Habana: Ciencias Médicas; 2006. p. 215-9
7. Soni AG. Nikolsky's sign - A clinical method to evaluate damage at epidermal-dermal junction. J Indian Acad Oral Med Radiol 2018
https://journals.lww.com/aomr/fulltext/2018/30010/Nikolsky_s_sign__A_clinical_method_to_evaluate.17.aspx
8. Eley BM, Soory M, Manson JD. Efectos de los factores sistémicos sobre los tejidos periodontales. En: Periodoncia. 6.a Barcelona: Elsevier España; 2012. p. 295-325.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1029-3043202200010018600000&lng=en
9. 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.a La Habana.: Editorial Ciencias Médicas8. ; 2017 Disponible en: http://bvs.sld.cu/libros_texto/compendio_periodoncia/cap04.pdf8.
10. 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;40(6)Disponible en: http://scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S244891902018000400424&lng=es9.

