

Revista de la Asociación Dental Mexicana

Volumen **61**
Volume

Número **4**
Number

Julio-Agosto **2004**
July-August

Artículo:

Manejo conservador de la enfermedad periodontal crónica en presencia de lesiones vesiculobullosas: reporte de dos casos de pénfigo vulgar

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Asociación Dental Mexicana, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Hedigraphic.com

Manejo conservador de la enfermedad periodontal crónica en presencia de lesiones vesiculobullosas: reporte de dos casos de pénfigo vulgar

Dr. Luis Alberto Carreón
González,* Dr. Fermín Guerrero
del Ángel,** Dr. Raúl de León
Escobedo,*** Dr. Sergio
Domínguez Arellano****

* Residente de la Especialidad de Periodoncia.
** Cirujano Maxilofacial. Coordinador Posgrado de Periodoncia.
*** Anatomopatólogo. Adscrito al Posgrado de Periodoncia.
**** Periodoncista. Adscrito al Posgrado de Periodoncia.

Facultad de Odontología. Universidad Autónoma de Tamaulipas. Tampico Tamaulipas.

Recibido para publicación 25-Julio-2003.

Resumen

Se reportan dos casos clínicos de pénfigo vulgar, confirmado a través del examen histopatológico, con localización en la región mucogingival de cavidad oral, en pacientes con presencia de enfermedad periodontal crónica moderada avanzada.

El tratamiento periodontal a emplearse en pacientes con lesiones orales vesiculobullosas como el pénfigo vulgar, puede ser considerado conservador, evitando así la consecuente descamación epitelial de la superficie mucosa y la posterior ulceración de la misma al realizarse tratamientos orientados a las periodontopatías.

Palabras clave: Enfermedad periodontal crónica, lesiones vesiculobullosas, pénfigo vulgar.

Abstract

Two clinical cases are reported of vulgar pemphigus throughout histopathology examination by locating in the mucogingival region of oral cavity on patients with chronic periodontal disease moderate to advanced.

Periodontal treatment to be developed in patients with oral vesiculobullous damage like the vulgar pemphigus, it can be considered as conservator, avoiding subsequent epithelial loss of mucous surface and later ulceration of the same to be achieved in oriented treatment to periodontopathies.

Key words: *Chronic periodontal disease, vesiculobullous damage, vulgar pemphigus.*

Introducción

Las lesiones vesiculobullosas involucran la cavidad oral y son de características en común. La diferenciación clínica entre úlceras orales y las mencionadas son frecuentemente tema de discusión por su severidad, identidad y apariencia clínica.

Las enfermedades vesiculoampollares de la mucosa bucal pueden estar producidas por agentes mecánicos, físicos o químicos, microorganismos, desórdenes inmuno-lógicos o alérgicos, desórdenes del desarrollo o por otras causas. En su patogénesis intervienen fenómenos como la espongiosis, acantólisis e histólisis que alteran la cohe-

rencia epitelial o fenómenos con lesiones en la lámina lúcida o en el área subepitelial que alteran la unión epitelio conectiva. Ante la sospecha de una enfermedad vesiculo ampollar, es preciso realizar una adecuada anamnesis para detectar posibles brotes anteriores de lesiones o agentes exógenos relacionados. Es preciso realizar una meticulosa exploración física para confirmar la existencia de vesículas o ampollas, si es preciso provocando la luxación de tejido con instrumental o a la presión digital. Finalmente una vez orientado el diagnóstico confirmaremos el mismo, determinando la entidad nosológica responsable mediante los exámenes complementarios, seleccionados de forma discriminada. La lesión vesiculoampollar puede ser

la expresión de un proceso trivial o la primera manifestación de una enfermedad severa de cuyo diagnóstico precoz dependa incluso la vida del enfermo.⁸ La evaluación histopatológica y el empleo de técnicas de inmunofluorescencia proveen de una información crítica más acertada para el diagnóstico definitivo.¹

El pénfigo vulgar es un trastorno descamativo de la mucosa oral y la piel, en el cual los diversos anticuerpos reaccionan contra componentes antígenos de los desmosomas de las células intermedias, destruyéndolas y produciendo una separación epitelial por encima de la capa de células basales. Las variantes del pénfigo vulgar son menos comunes, forman y atacan al desmosoma del sistema de cohesión intercelular.⁵ El pénfigo vulgar es más frecuente entre los 40 y los 60 años de edad. Su incidencia es más elevada en individuos de origen mediterráneo, judíos ahskenazis y en personas con antígenos de histocompatibilidad. Fármacos como la penicilina y la presencia de neoplasia maligna preexistente son considerados factores asociados a esta patología.²

El pénfigo vulgar afecta sobre todo la piel del torso. En casi el 50% de los pacientes con pénfigo vulgar cutáneo; las lesiones orales, preceden a las lesiones cutáneas, con intervalos de hasta un año. También pueden afectarse otras membranas mucosas como son: la nasofaringe, el esófago, la vagina y el cuello uterino. Las ampollas son frecuentes en la piel, pero raras en la mucosa oral. Las lesiones más frecuentes son localizadas en el paladar blando, perdiéndose la fina capa superficial y dejando áreas sensibles al medio bucal. Tanto en la piel y en los tejidos mucosos presentan el signo de Nikolsky³ (*Figura 1*).



Figura 1. Aspecto clínico de la mucosa vestibular superior izquierda con lesión ulcerativa asociada a pénfigo vulgar.

El tratamiento del pénfigo vulgar debe ser agresivo y requiere de dosis altas de prednisolona pero dado a los efectos secundarios y a la prolongación de los mismos pueden ser graves, dicha dosis puede reducirse tras un periodo inicial, asociándose con otros fármacos inmunosupresores no esteroideos. En la mayoría de los casos la enfermedad remite y la dosis se reduce hasta la suspensión de la misma.⁶

Con las combinaciones actuales de tratamiento las tasas de mortalidad se han disminuido; un 10% aproximado de pacientes fallecen debido al uso prolongado de corticosteroides y a las infecciones secundarias asociadas. La tasa de mortalidad en pacientes que fallecen por el propio pénfigo vulgar es aún menor.⁴

La periodontitis crónica como resultado de un proceso infeccioso de la inflamación progresiva de los tejidos de soporte dentario, pérdida de inserción progresiva y resorción ósea, caracterizada por la formación de bolsa y recesión gingival, es reconocida como la forma más frecuente de periodontitis. Se presenta a cualquier edad, sin embargo es más común en adultos. La prevalencia y severidad de la enfermedad periodontal aumenta con la edad.⁹

Algunas formas de enfermedad periodontal pueden ser más severas en individuos afectados con desórdenes del sistema inmune. De tal modo que la asociación con enfermedades vesiculoampollares, involucran consideraciones especiales para llevar a cabo un adecuado plan de tratamiento, principalmente mantener una comunicación estrecha médico-odontólogo, controlar las diversas enfermedades mucosas que puedan aparecer en la mucosa oral, así como las infecciones periodontales agudas y la administración de fármacos específicos.⁹

Reporte del caso No. 1

Paciente masculino 71 años con antecedentes de hipertensión arterial, valvulopatía y afección prostática, referido al Posgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología Tampico de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, por presentar sangrado e inflamación de las encías generalizada con un periodo de evolución de dos meses, así mismo lesiones vesiculobullosas y ulcerativas en la región mucogingival superior bilateral así como en la región palatina, las primeras en mención se presentan posterior al cepillado dental por desprendimiento del epitelio de las vesículas de dicha zona cursando con sintomatología dolorosa aguda permanentemente, así como la presencia de lesión cutánea en antebrazo izquierdo (*Figuras 2 y 3*).

Dentro del examen periodontal se establece un diagnóstico de enfermedad periodontal crónica moderada generalizada, por presentar bolsas periodontales de 4 y



Figura 2. Aspecto del signo de Nikolsky en la mucosa bucal.



Figura 3. Lesión cutánea típica asociada a pénfigo vulgar.

5 mm en órganos dentarios posteriores superiores e inferiores y anteroinferiores, siendo su etiología el acúmulo de placa dentobacteriana por adhesión a prótesis fijas sobrecontorneadas y ausentes de un correcto sellado marginal, asociado también a una incorrecta técnica de cepillado dental.

El hallazgo radiográfico muestra resorción ósea horizontal generalizada, lesiones periaulares en órganos dentarios 31 y 42 cursando asintomáticas. En base a lo anterior el plan de tratamiento establecido es fase I (control de placa dentobacteriana, detartrajes, curetajes cerrados y alisado radicular). La fase II consistente en cirugía periodontal en sextantes 1, 3, 4 y 6.

Previamente se realiza la biopsia de mucosa en la región mucogingival lado derecho y se envía a estudio histopatológico, reportándose epitelio plano estratificado constituido de 6 a 8 capas de células escamosas, grandes, con núcleos esféricos y cromatina fina y laxa, así también se identifica por encima de la capa basal, focos de acantólisis con disociación de células epiteliales; no se reconoce la formación de una vesícula franca, pero sí fragmentos sueltos de epitelio compatibles con células escamosas con núcleo grande e hipercromático, escasas células inflamatorias con predominio de leucocitos mononucleares y cambios reactivos locales (Figura 4).

Por lo anterior se establece el diagnóstico de pénfigo vulgar, lo que motiva a diferir el tratamiento de la fase II evitando la manipulación quirúrgica de los tejidos de dicha región y empleando de manera conservadora la fase I (control de placa dentobacteriana y detartrajes) de manera permanente para el manejo de la periodontitis crónica e iniciando una terapia a base de colutorios, combinando furoato de mometasona 100 mg, subsalicilato de bismuto 262 mg y difenhidramina en una proporción de 1:1, así como la administración enteral de rifampicina 300 mg cada 12 h durante un periodo de dos semanas

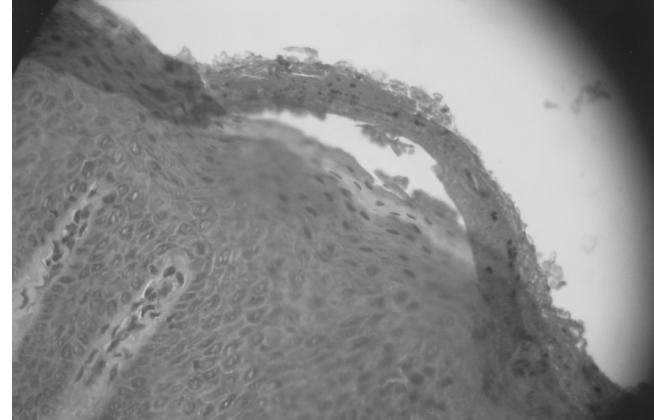


Figura 4. Aspecto histopatológico apreciándose focos de acantólisis con disociación de células epiteliales de la capa basal.

observándose reducción de las lesiones vesiculosas y ulcerativas, así como sus manifestaciones clínicas agudas.

Reporte del caso No. 2

Paciente femenino de 56 años con antecedentes de diabetes e hipertensión arterial sistémica controlada, referida por presentar dolor y sangrado de encías, con un periodo de evolución de dos meses, así mismo se observa descamación epitelial de la región mucogingival superior e inferior vestibular, presenta lesiones vesiculobullosas y ulcerativas en la región gingival en zona de molares inferiores y superiores, así como en región anteroinferior.

Al examen periodontal se establece el diagnóstico de enfermedad periodontal crónica moderada avanzada generalizada, con bolsas periodontales de 4, 5 y 6 mm en órganos dentarios posteriores inferiores y anterosuperiores, siendo su etiología el acúmulo de placa dentobac-

teriana. Radiográficamente se reportó una resorción ósea horizontal y vertical en los sextantes 2, 4 y 6, así como presencia de lesión de furca en el órgano dentario # 46.

En relación a lo anterior, se establece el plan de tratamiento consistente en fase I (control de placa dentobacteriana, detarajes, curetajes cerrados, raspado y alisado radicular). La fase II consistente en cirugía periodontal de sextantes 2, 4, y 6.

Previo al tratamiento descrito, se realiza biopsia de la región mucogingival lado derecho y se envía a estudio histopatológico, reportándose epitelio plano estratificado con algunas escamas de queratina; en la capa basal superficial se reconocieron células pequeñas con escaso citoplasma y núcleos grandes, esféricos y ligeramente hiperchromáticos.

La lesión presenta un patrón vesiculoso, con formación de domo subcorneal y discreto infiltrado inflamatorio crónico en el estrato superficial y central, respetando los límites del tejido celular subcutáneo.

Lo anterior descrito, establece el diagnóstico de pénfigo vulgar, lo que motiva a diferir el tratamiento en la fase II, para evitar la manipulación quirúrgica de los tejidos de dicha región afectada, empleando así manejo conservador exclusivamente con la fase I de manera permanente para el manejo de la periodontitis crónica e iniciando una terapéutica a base de colutorios, combinando furoato de mometasona 100 mg, subsalicilato de bismuto 262 mg y difenhidramina en una proporción de 1:1, durante un mes, observándose una reducción de las lesiones vesiculobullosas y ulcerativas, así como sus manifestaciones clínicas agudas.

Conclusiones

La identificación clínica e histopatológica de las lesiones vesiculobullosas es imperativa para proponer un manejo médico y odontológico adecuado, específicamente a pacientes con enfermedad periodontal.

Dichas lesiones presentes en la cavidad oral con manifestaciones clínicas son comunes pero complicadas para determinar un diagnóstico definitivo.

La histopatología es un recurso de laboratorio indispensable en procedimientos de rutina y asociados a otros como la inmunofluorescencia.

Es indispensable mencionar que la etiología de las enfermedades vesiculobullosas permiten emplear diversas modalidades de tratamiento e intervenciones terapéuticas.

El manejo de la periodontitis crónica en pacientes con lesiones vesiculobullosas como el pénfigo vulgar es complejo, sin embargo la opción del manejo conservador de la misma, puede ser considerada una buena alternativa asociada a tratamiento farmacológico específico.

Bibliografía

1. Plemons JM. Vesiculobullous disease of the oral cavity. *Periodontology* 2000; 21: 158-175.
2. Holmstrup P. Non plaque induced gingival lesions. *Annal Periodontology* 1999; 4: 20-29.
3. Eversole LR. Contemporary oral and maxillofacial pathology. *Harcourt Brace* 1998: 244-276
4. Shafer WG. *Tratado de Patología Oral*. Interamericana-McGraw-Hill 1986: 839-86.
5. Barnett ML. Effects of an immunofluorescent transport solution on the ultrastructure of human biopsies. *Oral Surg* 1977; 44(3): 430-436.
6. Lynch MA. *Burket's oral medicine: diagnosis and treatment*. Pennsylvania. J. B. Lippincott Company. 1994: 11-50.
7. Castellanos SJL. Periodontitis crónica y enfermedades sistémicas. *Revista ADM* 2002; LIX(4): 121-127.
8. Bermejo FA. Diagnóstico de las enfermedades vesiculares y ampollares de la mucosa bucal: desórdenes de la cohesión intraepitelial y de la unión epitelio-conectiva. *Medicina Oral* 1996; 1: 24-43.
9. Annals of periodontology. International workshop for a classification of periodontal disease and conditions. *Journal of Periodontology* 1999; 1(4): 38.
10. Parameter on periodontitis associated with systemic conditions. Supplement. *Journal of Periodontology* 2000; 71: 876-879.

Reimpresos:

Dr. Luis Alberto Carreón González
Privada Monterrey No. 105
Fraccionamiento Estadio 33
Col. Unidad Nacional C.P. 89510
Cd. Madero, Tamaulipas
Teléfono 01 (833) 2133 259, 2134 200
E-mail: fguerrera@odo-tam.uat.mx
Este documento puede ser visto en:
www.medigraphic.com/adm