

EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO TÓPICO CON ESTEROIDES EN ENFERMEDADES VESICULO AMPOLLARES CON SIGNO DE GINGIVITIS DESCAMATIVA. REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Autor: **GARCIA R. LUIS ALBERTO**

Odontólogo Universidad Central de Venezuela. Caracas.
Especialización Estomatología Integral del Adulto.
Maestría en Periodoncia e Implantes Dentales. Universidad Santa María. Caracas.
Colaborador Docente Post Grado de Periodoncia, Universidad Central de Venezuela. Caracas.
Profesor Invitado Maestría de Periodoncia e Implantes Dentales, Universidad Santa María. Caracas.
Profesor Invitado Diplomado en Implantología Dental, Universidad de Carabobo, Valencia, Edo. Carabobo.
Conferencista Nacional e Internacional.
Odontólogo Periodoncista e Implantodontólogo, grupos UNDAMO y CEO, Caracas. Venezuela.

RESUMEN:

Existe una gran variedad de enfermedades que afectan las membranas mucosas las cuales incluyen la mucosa gingival. El signo de gingivitis descamativa constituye una condición que se caracteriza por la presencia de lesiones eritematosas, erosivas, atróficas y dolorosas en la encía marginal extendiéndose a otras localizaciones como la mucosa alveolar, palatina y yugal, entre otras. El manejo terapéutico de ésta alteración se basa principalmente en la administración de corticosteroides sistémicos y tópicos de alta potencia, al igual que el manejo dental apropiado. Es de importancia el control médico odontológico de éstos pacientes para garantizar la salud dental y sistémica del mismo. El propósito de ésta revisión es determinar, basándose en lo publicado en la literatura actual, hasta que punto es efectivo el tratamiento con corticosteroides tópicos lo que actualmente conocemos como signo de "gingivitis descamativa".

PALABRAS CLAVES:

Enfermedades vesículo ampollares, gingivitis descamativa, corticoesteroides tópicos, tratamiento.

ABSTRACT:

Desquamative gingivitis is a non specific clinical term used to describe a condition characterized by erythema, desquamation, erosive, vesiculation and painful of the free and attached gingival and others mucosa like palatal, alveolar and buccal mucosa of some entity. Various treatments have been suggested for management desquamative gingival lesions. The lesions respond to topical and systemic corticosteroid treatment, but before definitive therapy, periodontal clinical management is necessary. The aim of this study is to review the efficacy of topical corticosteroides in the management of desquamative gingivitis.

KEY WORDS: Desquamative gingivitis, treatment, topical corticosteroid, vesículo-bullous diseases

INTRODUCCIÓN:

Se ha determinado que numerosos trastornos mucocutáneos tienen manifestación en el tejido gingival, y se presentan algunas veces en forma de lesiones descamativas o ulceraciones de la encía, sin tener relación con la placa bacteriana (AAP, 2005; Holmstrup y Van Steenberghe, 2005). Durante muchos años, las lesiones erosivas y descamativas gingivales recibieron el nombre de gingivitis descamativa, y se habían postulado como entidades patológicas específicas. Actualmente se entiende que éstas lesiones gingivales constituyen un signo de una gran variedad de enfermedades vesículo ampollares como el pénfigo vulgar, el pénfigoide, la dermatitis bulosa ampollar lineal IgG, la dermatitis herpetiforme, el eritema multiforme, la psoriasis y el liquen plano, entre otras. (Nisengard y Rogers, 1987; Giunta, 1991; Rees, 1995; Greenberg, 1996; Holmstrup y Johnson, 1997; Ficarra, 1997; Rejas y Torio, 1997; Shklar, 1998; AAP, 2005). Los desequilibrios endocrinos, las infecciones crónicas, las reacciones farmacológicas, los factores como la edad y las respuestas anormales a la placa microbiana también pueden presentar el signo de gingivitis descamativa; cuando no se conoce la causa de la enfermedad de base de éste signo se piensa que es de origen idiopático (Nisengard y Rogers, 1987) (Cuadro N° 1).

Cuadro N° 1: Enfermedades Asociadas con el Signo de Gingivitis Descamativa.

I.	II.	III.	IV.	V.	VI.
DERMATOSIS. PENFI	ENDOCRINAS. DEFICIE	EDA	RESPUEST	IDIOPÁTI	INFECCIONES
GOIDE PÉNFIGO	NCIAS DE	D.	A	CA.	CRÓNICAS. TUBERCU
LIQUEN PLANO	ESTRÓGENO		ANORMAL		LOSIS, CANDIDIASIS,
PSORIASIS	DEFICIENCIAS DE		A PLACA		HISTOPLASMOSIS
EPIDERMOLISIS	TESTOSTERONA		MICROBIA		

Fuente: Nisengard R.J and Rogers R.S.1987. The treatment of Desquamative Gingival Lesions. J.Periodontol: 58(3):167- 172.

El odontólogo de hoy en día debe estar preparado para reconocer y manejar cualquiera de éstas entidades, y entender que el signo de gingivitis descamativa forma parte de un gran número de ellas. Al dominar todo esto, sabremos que nuestro tratamiento será de apoyo al profesional que atiende el problema sistémico, y no curativo, para así ayudar en el control del padecimiento inmunológico de base. Se debe saber remitir el paciente al médico correspondiente para dicho tratamiento, y así garantizarle un estado de vida mejor y una buena salud. El propósito de ésta revisión es determinar hasta qué punto el tratamiento con corticoesteroides tópicos es efectivo en el manejo del signo de gingivitis descamativa.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS:

Tomes y Tomes reportaron por primera vez en el año de 1.894 (Sklavounou y Laskaris, 1983; Matarasso y col, 1989; Rees, 1995; Aguirre y col, 2004) que la gingivitis descamativa es una manifestación clínica no específica de diversos procesos o enfermedades que no representan una patología como tal.

Prinz y Merritt la definieron en 1.930 como una gingivitis descamativa crónica difusa y se creía que representaba una alteración mediada por hormonas, y era encontrada comúnmente en mujeres (citado por Rees, 1995; Aguirre y col, 2004). Por otra parte, Glickman y Smulow propusieron en 1.953 que la entidad patológica observada en encía es una manifestación clínica de diversas enfermedades; posteriormente se reconoce el término de "lesiones gingivales descamativas" y no el de gingivitis descamativa, a causa de su múltiple etiología (citado por Nisengard y Rogers, 1987), coincidiendo de la misma forma con lo referido por Aguirre y col (2004). Posteriormente Shklar y col (1978) hacen descripciones certeras de las patologías que cursan con signo de gingivitis descamativa.

Según Scully y col (1999), actualmente se utiliza el término de signo de gingivitis descamativa para designar una manifestación clínica de un diverso número de alteraciones que abarcan desde enfermedades vesículo ampollares hasta reacciones adversas hacia agentes químicos o alérgenos.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SIGNO:

Neville y col (1995) y Scully y col (1999) describen 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 predominancia hacia el sexo femenino, aunque se han reportado casos en niños con las mismas características.

Shklar (1998) establece que en general, las características clínicas de la gingivitis descamativa pueden variar de acuerdo a su gravedad, por lo que se han descrito formas leves, moderadas y graves. La forma leve cursa sin sintomatología y con un eritema difuso de la encía marginal, interdental e insertada, afectando generalmente a mujeres entre 17 y 23 años de edad. En la moderada hay una distribución irregular del eritema confluyendo con zonas grises que se acompañan con superficies lisas, brillantes y con la encía de consistencia blanda; el desprendimiento del epitelio se hace con facilidad (exfoliación epitelial) provocando la exposición del tejido conectivo subyacente; los pacientes refieren sensación de ardor y quemadura, sensibilidad a los cambios térmicos y dolor provocado al ingerir alimentos ácidos y suele observarse en personas entre 30 y 40 años de edad. En la forma grave hay zonas diseminadas irregulares de encía denudada con aspecto notablemente rojo; la superficie epitelial parece consumida, friable y es exfoliable; el paciente manifiesta dolor intenso y sensación constante de resequeidad y quemadura (Shklar, 1998) (Fig. 1y 2).



Fig.1: Paciente con signo de Gingivitis Descamativa



Fig.2: Paciente con signo de Gingivitis Descamativa

asociada a Pénfigo. Vista de frente. Cortesía de:
Od. Luis A. García Ríos.

asociada a Pénfigo. Vista inferior izquierda. Cortesía
de: Od. Luis A. García Ríos.

Las descripciones clínicas descritas anteriormente coinciden con las de Giunta (1991) y con las de Villarroel y col (1997), quienes adicionan el signo de Nicholsky positivo, descritas por Holmstrup y Van Steenberg (2005), aunque no hacen referencia a la clasificación de las formas de la entidad. De la misma forma lo hace Ceccotti (1993) quien describe formas erosivas, descamativas y exfoliativas.

Existen enfermedades que pueden tener apariencia similar al signo en la encía, como son reacciones alérgicas a enjuagues bucales, gomas de mascar, medicamentos orales, materiales dentales, candidiasis atróficas agudas, lupus eritematoso, gingivitis de células plasmáticas, enfermedad de Crohn, sarcoidosis, algunas leucemias y lesiones facticias, que constituyen diagnósticos diferenciales importantes a considerar (Scully y col, 1999).

ENFERMEDADES VESICULO AMPOLLARES MAS FRECUENTES CON SIGNO DE GINGIVITIS DESCAMATIVA:

Según Holmstrup (1999), la AAP (2003) y Aguirre y col (2004), existe un gran número de enfermedades dermatológicas que pueden presentar manifestaciones del signo de gingivitis descamativa. Las enfermedades más relevantes con éste signo son el pénfigo, penfigoide y el liquen plano.

Neville y col (1995) refieren un estudio donde examinan 41 pacientes con signo de gingivitis descamativa, y después de hacer las pruebas indicadas, 36 pacientes fueron diagnosticados con penfigoide, 2 tenían pénfigo, y uno tenía liquen plano; los otros fueron diagnosticados como estomatitis de contacto y epidermólisis bulosa. Sklavounou y col (1983) reportaron un estudio donde escogieron una muestra de 453 pacientes con pénfigo vulgar, penfigoide buloso, penfigoide cicatrizal y liquen plano. Observaron una alta presentación de lesiones bucales con un alto porcentaje de gingivitis descamativa. (Cuadro N°2).

Cuadro N°2: FRECUENCIA DE GINGIVITIS DESCAMATIVA EN ENFERMEDADES DE LA PIEL.

ENTIDAD	CASOS	LESIONES ORALES NO.CASOS %	GINGIVITIS DESCAMATIVA NO. CASOS %
Pénfigo vulgar	157	137 - 87,3 %	29 - 21.1%
Penfigoide buloso	62	25 - 40,3 %	2 - 8%
Penfigoide cicatrizal	55	55 - 100%	35 - 63,6%
liquen plano	179	179 - 100%	45 - 25%
TOTAL	453	396 - 87,4%	11 - 28 %

Fuente: Sklavounou A, Laskaris G (1983). Frequency of desquamative gingivitis in skin disease. Oral Surg, 56 (2): 141 – 144.

Penfigoide:

Scully y col (1999) clasifican al penfigoide dentro de las enfermedades ampollares subepiteliales mediadas inmunológicamente donde los anticuerpos actúan directamente contra componentes hemidesmosomales y/o contra otros componentes epiteliales de la membrana basal. Para Villarroel y col (1997), es una enfermedad crónica descamativa, de afección mucocutánea, vesículo erosiva y auto inmune, donde los anticuerpos de los tejidos van directamente contra uno o más componentes de la membrana basal; existen dos tipos de Penfigoide: el ampollar y el cicatrizal o de las mucosas. Hasta en un 95 % de los pacientes con penfigoide cicatrizal se presentan lesiones gingivales, no así en el ampollar, que cursa casi estrictamente con lesiones cutáneas. La edad promedio de aparición es entre los 50 y los 60 años, y afecta a mujeres de edad madura, a las cuales les aparecen ampollas en encía y otras áreas, las cuales se descaman, y dejan superficies ulceradas y denudadas de mucosa que son dolorosas (Greenberg, 1996; Giunta, 1991; Neville, 1995; Ficarra, 1997; Villarroel y col, 1997; Holmstrup y Van Steenberg, 2005).

Pénfigo:

El pénfigo se caracteriza por la formación de ampollas intradérmicas acantolíticas, cuya patogénesis se asocia a la producción anormal de auto anticuerpos contra las glucoproteínas de la superficie celular de los desmosomas de la epidermis afectando al epitelio; las lesiones orales son casi siempre el primer signo de la enfermedad. (Shklar y col, 1978; Neville y col, 1995; Bermejo y López, 1996; Ficarra, 1997). Zunt (1996) describe diversas formas de pénfigo: pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, pénfigo fogosalvaje o del Brasil y el pénfigo paraneoplásico. La incidencia estimada del pénfigo vulgar en los Estados Unidos de Norteamérica es de 1 a 5 casos por millón de personas diagnosticadas cada año, con promedio de 50 años de edad y sin predilección de sexo, de los cuales el 50 % presentan lesiones bucales iniciales (Ficarra, 1997).

Liquen plano:

Según Ficarra (1997), el liquen plano parece tener un mecanismo patogénico representado por una modificación antigénica de las células del epitelio basal que desencadena un proceso autoinmune, creando un acúmulo subepitelial de linfocitos y una reacción inflamatoria subepitelial (Holmstrup y Van Steenberg, 2005). Su prevalencia va desde 0,23 a 1,9 % (Ficarra, 1997). Recientemente, Carbone y col (1999) reportaron una afección entre el 0,5 y el 1,5 % de la población de E.E.U.U., y Holmstrup y Van Steenberg (2005) refieren una afección del 0,1 al 4 % en diversas poblaciones. Se manifiesta con regularidad en la encía (Holmstrup y Van Steenberg, 2005), y un número importante de casos de liquen plano erosivo y atrófico se presenta con cuadros de gingivitis descamativa (Greenberg, 1996), no así la forma reticular y en placa (Ficarra, 1997). El liquen plano atrófico de las encías suele denominarse gingivitis descamativa, un término clínico descriptivo que se usa para placas edematosas de color rojo brillante en encía adherida, que debe diferenciarse histológicamente de lesiones similares (Brightman, 1996).

DIAGNÓSTICO DE LAS PATOLOGÍAS CON GINGIVITIS DESCAMATIVA:

Tomando en cuenta que el signo de gingivitis descamativa constituye una manifestación de una gran variedad de alteraciones clínicas, Scully y col (1999) establecen que su diagnóstico debe implicar la identificación de la enfermedad de base que éste signo envuelve.

Sklavounou y Laskaris (1983), Neville y col (1995), Bermejo y López (1996), Scully y col (1999) y Aguirre y col (2004) describen los siguientes criterios diagnósticos para las enfermedades con signo de gingivitis descamativa:

- a) Historial y examen clínico minucioso.
- b) Observación clínica cuidadosa de las lesiones intra y extraorales.
- c) Examen histológico de los especímenes de las biopsias gingivales.
- d) Pruebas de inmunofluorescencia directa de los especímenes de las biopsias gingivales perilesionales y normales.
- e) Examen de inmunofluorescencia indirecta del suero para anticuerpos epiteliales asociados a pénfigo y penfigoide.

Neville y col (1995) proponen que antes de establecer la terapia indicada, la dentición debe estar limpia y el paciente debe practicar correctamente las técnicas de higiene bucal.

Según Rees (1995), el protocolo diagnóstico llevará a identificar la mayoría de las enfermedades y alteraciones bucales relacionadas con la gingivitis descamativa. Se debe hacer a través de la historia médico odontológica, de los antecedentes médicos familiares y personales, un examen clínico bucal completo, biopsias para estudios histopatológicos y de inmunofluorescencia de los tejidos involucrados, estudios hematológicos y examen de otros sitios afectados.

TRATAMIENTO LOCAL DEL SIGNO DE GINGIVITIS DESCAMATIVA:

La terapéutica de las llamadas gingivitis descamativas como signo bucal de otras patologías debe fundamentarse en la comprensión del proceso básico que causa la reacción gingival; un tratamiento local combinado con paciencia y diligencia hace que mejore el estado tarde o temprano. (Shklar, 1998).

Inicialmente se debe establecer un meticuloso control de placa bacteriana del paciente indicando además el uso de enjuagues de clorhexidina y considerando el no tener influencia traumática sobre el tejido gingival afectado, sobre todo en aquellos que presenten sintomatología. En caso de dolor persistente se ha reportado el uso de corticoesteroides tópicos durante varias semanas, aunque la recidiva es común (AAP, 2003; Holmstrup y Van Steenberg, 2005).

Según Nisengard (1996), los esteroides sistémicos y tópicos comprenden una parte considerable del tratamiento de la mayoría de los trastornos mucocutáneos. Las reacciones adversas se presentan más comúnmente con los sistémicos, particularmente cuando se administran en altas dosis, siendo reportados efectos como náuseas, vómitos, retención de sodio con edema, aumento de apetito, deficiente cicatrización, incremento del riesgo de infecciones, hipertensión, inducción a diabetes y síndrome de Cushing iatrogénico entre otros. (Nisengard, 1996; Rejas y Torío, 1997).

Matarasso y col (1989) proponen que a causa de la resistencia de la terapia sistémica, las lesiones orales de estas entidades pueden tratarse de forma apropiada con corticoesteroides tópicos con un vehículo como pastas adhesivas.

Nevill y col (1995) han encontrado que muchos pacientes responden bien a la terapia con corticoesteroides tópicos. Los mismos son recomendados para reducir el riesgo de efectos adversos locales y sistémicos, evitar la distribución sistémica del esteroide, para el tratamiento de niños, en áreas extensas del cuerpo, o áreas susceptibles al daño esteroideo como la cara. Nisengard (1996) y Carbone y col (1999) reportaron como efecto adverso de ésta modalidad de terapia el riesgo de aparición de candidiasis oro faríngea.

En la página web de Mundo Médico se encuentra que el tratamiento con corticoesteroides tópicos se asocia a un aumento de neutrófilos circulantes que no pueden salir de los vasos sanguíneos, aumentando su número en los sitios de inflamación o en ventanas cutáneas. Así mismo, los linfocitos abandonan la circulación periférica luego de la administración del corticoesteroide y quedan secuestrados en la médula ósea y otros sitios (Mundomédico, 1998).

El vehículo de los esteroides tópicos juega un papel importante en el efecto terapéutico y en la aceptación del paciente; generalmente las cremas son las más populares porque trabajan rápidamente en el tejido, por lo tanto, tienen una aceptable actividad biológica y terapéutica (Nisengard, 1996). Los geles tópicos liberan esteroides adecuadamente y han sido usados con éxito en el tratamiento de varias entidades. Nisengard (1996) reporta que la terapia oclusiva cubriendo las lesiones con un dispositivo impermeable plástico que retiene el corticosteroide tópico provee una absorción de la droga y una eficacia clínica aceptable. También se pueden encontrar en presentación de enjuagues bucales.

Se han propuesto varias clasificaciones para los corticoesteroides tópicos. Nisengard (1996) hace referencia a dos de ellas, acorde a la potencia de los mismos: una va desde la clase I hasta la IV, y la otra va desde el grupo I hasta el VII. En la clase I y en el grupo VII están los menos potentes, y en la clase IV y en el grupo I están los más potentes. También se han clasificado de acuerdo con la duración de su actividad en los de corta, los de mediana y los de larga duración (Mundomédico, 1998).

Ceccotti (1993) propone como tratamiento para las gingivitis descamativas el uso de corticoides tópicos (17 valerato de betametasona al 1 % en orabase), que suele mejorar el cuadro, pero en muchos casos la lesión persiste sin cambios.

Según Shklar (1998), el tratamiento local es fundamental: debe instruirse al paciente acerca de su higiene bucal con cepillos de cerdas blandas y el uso de enjuagues oxidantes; se debe secar con cuidado el tejido gingival con una gasa estéril y se aplica un ungüento o una crema como triamcinolona (Kenalog, Aristocort) al 0,1 %, fluciclonida (Lidex) al 0,05% o desonida (Tridesilon) al 0,05%. La aplicación debe hacerse varias veces al día. (Shklar, 1998).

En un reporte de Rejas y Torío (1997) en referencia a la terapia con corticoesteroides en lesiones dermatológicas de naturaleza auto inmune de pequeños animales, plantean que los procesos localizados se pueden controlar con el uso exclusivo de corticoesteroides tópicos. Al inicio se aplica con una gasa uno potente 3 o 4 veces al día, y cuando se observa mejoría de las lesiones se mantiene el control con uno débil aplicado cada 24, 36 y 48 horas. Del mismo trabajo tomamos el siguiente cuadro (Cuadro N° 3) donde clasifican algunos de ellos de acuerdo a su potencia:

Cuadro N°3: Clasificación de Corticosteroides de acuerdo a su Potencia:

MUY POTENTES

Fluocinolona, acetónido 0,2%

Halcinónido 0,1%

Potentes

Betametasona, valeriato 0,1%

Betametasona, dipropionato 0,05%

Fluocinolona, acetónido 0,025%

Triamcinolona, acetónido 0,1%

Potencia intermedia

Betametasona, benzoato 0,025%

Dexametasona 0,2%

Fluocinolona, acetónido 0,01%

Triamcinolona, acetónido 0,01-0,04%

Débiles

Hidrocortisona 1-2,5%

Metilprednisolona 1%

Fuente: Rejas J, Torío R (1997). Formación continuada: terapia corticoidea y alternativas en dermatología de pequeños animales. <http://www.unileon.es/dp/dmv/formco03.htm>. Tomado el 21-10-98.

En un estudio piloto publicado por Lamey y Jones (1988), se utilizaron 12 pacientes para investigar la efectividad y los posibles efectos adversos del tratamiento de gingivitis descamativas mediante la aplicación de una capa delgada de acetónida de fluciclonida con crema clioquinol (Synalar C, ICI) con una cubeta prefabricada de silicona 2 veces diariamente por 5 minutos durante 4 semanas, después del respectivo régimen de higiene oral. A los pacientes se les tomó la presión arterial al inicio del estudio, a las 4 semanas y a las 8 semanas. Un paciente abandonó el estudio, en 4 pacientes hubo resolución total del cuadro clínico, y los otros 7 presentaron una resolución parcial, sin cambios significativos en la presión arterial. Se concluye que el protocolo utilizado es

de valor considerable en el tratamiento de la gingivitis descamativa, aunque debe aplicarse con precaución en consideración del efecto sistémico.

Matthews y col (1989) estudiaron la efectividad de la dapsona administrada sistémicamente en el manejo clínico de 15 pacientes con gingivitis descamativa y la relacionaron con sus efectos adversos. Éstos no reaccionaron favorablemente después de indicarle tratamiento tópico con corticoesteroides durante un período considerable de tiempo. Concluyeron que ésta terapia puede ser útil en el manejo de la patología cuando fracasan los métodos tradicionales, y se debe prevenir a los pacientes del posible efecto adverso que pueda producir.

Vincent (1993) reportó un caso de penfigoide cicatrizal con gingivitis descamativa tratada con terapia inicial de acetonida triancinilona al 0,1 % en suspensión acuosa usada como enjuague bucal combinada con terapia sistémica, la cual se suspendió posteriormente, y en el examen a las 3 semanas se observó una resolución satisfactoria de las lesiones gingivales.

Lilly y col (1995) trataron un caso de penfigoide benigno mucoso en un paciente femenino de 64 años con gingivitis descamativa y eritema gingival generalizado acompañado de incomodidad y dolor. Indicaron prednisona sistémica y se elaboró una cubeta bucal para la aplicación gingival tópica de clobetasol al 0,05 % durante 30 minutos dos veces al día. Después de tres meses la paciente había mejorado pero todavía presentaba síntomas de exacerbación intermitente. Los autores concluyen que los esteroides tópicos deben usarse en combinación con los sistémicos, o como régimen de mantenimiento una vez que el cuadro ha remitido, puede emplearse un enjuague oral con corticoesteroide como terapia alternativa. Otro corticoesteroide tópico para colocarlo con cubetas recomendado por ellos es la fluocinonida al 0,05 %.

Carson – Mann (1996) trató lesiones descamativas gingivales generalizadas dolorosas en un paciente femenino de 70 años con liquen plano con la aplicación de un corticoesteroide tópico de 2 a 3 veces diarias, junto con raspados y alisados radiculares e instrucción de higiene bucal; se observó una mejoría significativa a las 6 semanas con disminución del dolor. El mismo tratamiento fue indicado en una mujer de 56 años con penfigoide benigno mucoso, observando similar resultado, pero en un período de tiempo mayor.

Ficarra (1997) propone como tratamiento una buena instrucción de higiene bucal así como la eliminación de restos de dientes fracturados y de las restauraciones viejas, y luego la aplicación tópica de fluocinonida, triancinilona o propionato de clobetasol con orabase, la cual se puede hacer mediante el uso de una férula retentiva blanda con flancos largos, sin que se produzcan efectos adversos.

Terezhalmay y Bergfeld (1999) indican corticoesteroides tópicos y sistémicos de elevada potencia como lo son la fluocinonida al 0,05 % y la dapsona entre 75 y 150 miligramos de acuerdo a la severidad de la gingivitis descamativa presentada en pacientes con penfigoide, apoyándose con el uso de enjuagues de gluconato de clorhexidina al 0,12 % para minimizar la infección secundaria de las lesiones.

Carbone y col (1999) evaluaron la eficacia de la combinación de corticoesteroides tópicos (clobetasol y fluocinonida) con drogas antimicóticas (miconazol y clorhexidina) en la terapia de liquen plano oral de 60 pacientes, y concluyeron que ésta terapia es útil y segura profilácticamente contra la candidiasis oro faríngea.

Bozkurt y col (1999) reportaron un caso de penfigoide benigno de membranas mucosas tratado con triancinilona al 0,1 % en ungüentos durante 3 semanas obteniendo una mejoría notable de la gingivitis descamativa.

CONCLUSIONES:

Hay datos suficientes que avalan el uso de los corticoesteroides tópicos en el tratamiento de las gingivitis descamativas como signo de enfermedades dermatológicas vesículo ampollares, aunque no se ha establecido un protocolo específico o único para tal fin.

Antes de iniciar la terapia, es necesario instruir al paciente de las técnicas adecuadas de higiene bucal, apoyadas con el uso de antimicrobianos en enjuagues, y de practicar la eliminación de irritantes locales mediante tartrectomías y de raspado y alisado radicular, así como hacer un seguimiento periodontal del paciente.

Debemos estar claros que la terapia local es sólo una medida paliativa para el control de las lesiones orales, incluyendo las gingivales. La resolución del cuadro clínico general dependerá del tratamiento sistémico de base. Cuando las lesiones bucales y gingivales son localizadas y leves, se obtiene buen resultado con el tratamiento tópico. Cuando estas lesiones son difusas y severas, es necesario complementar el tratamiento con corticoesteroides sistémicos, teniendo en cuenta el control de las reacciones adversas.

Después de controlar la gingivitis descamativa, el mantenimiento de la salud puede preservarse con los corticoesteroides tópicos.

Las férulas o cubetas intrabucales con extensión hacia tejidos blandos, es un buen vehículo para la administración tópica del medicamento.

Aunque no se han reportado significativos efectos adversos en ésta modalidad terapéutica, hay que estar prevenidos y advertir al paciente acerca de los mismos.

Se recomienda hacer más estudios al respecto para establecer un protocolo definido de tratamiento con corticoesteroides tópicos para la gingivitis descamativa.

BIBLIOGRAFÍA:

- Aguirre A, Neiders ME, Nisengard RJ (2004). Gingivitis Descamativa. En: Periodontología Clínica (Newman MG, Takey HH, Carranza FA). McGraw-Hill Interamericana, Mexico. Cap. 21.
- American Academy of Periodontology (2003). Academy Report –Position Paper: Oral features of Mucocutaneous Disorders. J Periodontol; 74: 1545-1556.
- Bermejo F, López JP (1996). Diagnóstico de las enfermedades vesiculares y ampollares de la mucosa bucal: desórdenes de la cohesión intraepitelial y de unión epitelio conectiva. Medicina Oral; 1: 24-43.
- Bozkurt FY, Celenligil H, Sungur A, Ruacan S (1999). Afección gingival en un penfigoide membranoso de mucosa. Quintessence Int (ed esp); 12(8): 558-561.
- Carbone M, Conrotto D, Carrozzo M, Broccoletti R, Gandolfo S, Scully C (1999). Topical corticosteroids in association with miconazole and chlorhexidine in the long-term management of atrophic-erosive oral lichen planus: a placebo-controlled and comparative study between clobetasol and fluocinonide. Oral diseases; 5: 44-49.
- Carson-Mann LD (1996). Desquamative gingivitis. Probe; 30(1): 36-37.
- Ceccotti JL (1993). Clínica Estomatológica. Panamericana, Argentina. Cap. 8: Precáncer Oral; 49-67.
- Ficarra G (1997). Diagnosis and management of oral vesiculoulcerative diseases. <http://www.cesil.com/0298/ficar02.htm>. Tomado el 25-09-98.
- Giunta JL (1991). Patología Bucal. Interamericana, México. Cap. 6: Patología de la mucosa; 91-134.
- Greenberg MS (1996). Lesiones ulcerosas, vesiculares y ampollares. En: Medicina bucal de Burket (Lynch MA, Brightman VJ, Greenberg MS). Interamericana, México. Cap. 2; 11-50.
- Holmstrup P, Johnson NW (1997). Chemicals in diagnosis and management of selected mucosal disorders affecting the gingiva. En: Proceedings of the 2nd European workshop on Periodontology (Lang NP, Karring T, Lindhe J). Quintessence, Berlin. 366-379.
- Holmstrup P. (1999). Non Plaque Induced Gingival Lesions. Annals of Periodontology; 4 (1): 20-29.
- Holmstrup P y Van Steenberghe D (2005). Lesiones Gingivales Inflammatorias No Inducidas por Placa. En: Periodontología Clínica e Implantología Odontológica (Lindhe J, Karting T, Lang NP). Panamericana, Argentina. Cap. 12.
- Lamey PJ, Jones CM (1988). Desquamative gingivitis treated with occlusive steroid therapy: a pilot study. Gerodontics; 4: 188-190.
- Lilly JP, Spivey JD, Fotos PG (1995). Benign mucous membrane pemphigoid with advanced periodontal involvement: diagnosis and therapy. J Periodontol; 66: 737 – 741.
- Matarasso S, Vaia E, Fusco A, Riccitiello F, Nicolo M (1989). La gengivite desquamativa: inquadramento etiopatogenetico e clinico. Min Stom; 38 (3): 359 – 368.
- Matthews RW, Pinkney RCN, Scully C (1989). The management of intransigent desquamative gingivitis with Dapsone. Ann Dent; 48(1): 41-43.
- Mundomédico (1998). Uso de corticoesteroides en la práctica médica. <http://www.mundomedico.com.mx/mundomedico/junio98/1935.html>. Tomado el 22-10-98.
- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE (1995). Oral & Maxillofacial Pathology. WB Saunders Company, Philadelphia. Cap. 4: Periodontal disease; 122-141.
- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE (1995). Oral & Maxillofacial Pathology. WB Saunders Company, Philadelphia. Cap. 16: Dermatologic diseases; 541-580.
- Nisengard RJ (1996). Periodontal implications: mucocutaneous disorders. Annals of Periodontology; 1(1): sección 20, 401-438.
- Nisengard RJ, Rogers RS (1987). The treatment of desquamative gingival lesions. J Periodontol; 58: 167 – 172.
- Rees TD (1995). Guest editorial: Vesiculo – Ulcerative diseases and periodontal practice. J Periodontol; 66:

747 – 748.

- Rejas J, Torío R (1997). Formación continuada: terapia corticoidea y alternativas en dermatología de pequeños animales. <http://www.unileon.es/dp/dmv/formco03.htm>. Tomado el 21-10-98.
- Sklavounou A, Laskaris G (1983). Frequency of desquamative gingivitis in skin disease. *Oral surg oral med oral path*; 56 (2): 141 – 144.
- Scully C, Carozzo M, Gandolfo S, Puiatti P, Monteil R (1999). Update on mucous membrane pemphigoid. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*; 88: 56- 68.
- Shklar G, Frim S, Flynn E (1978). Gingival lesions of pemphigous. *J Periodontol*; 49(8): 428-435.
- Shklar G (1998). Gingivitis descamativa y trastornos de las membranas mucosas bucales. En: *Periodontología clínica* (Carranza F, Newman M). Interamericana, México. Cap. 20; 279-295.
- Terezhalmay GT, Bergfeld WF (1999). Penfigoide cicatrizal (penfigoide benigno de membranas mucosas). *Quintessence Int* (ed esp); 12(10): 684-690.
- Villarroel M, Saglimbeni M, Mata M, Dos Ramos A, Rivera H, Salazar N, Tinoco P (1997). Penfigoide benigno de las mucosas. Reporte de un caso con lesiones gingivales y expresión palmar. *Acta Odontol Ven*; 35 (3): 11 – 14.
- Vincent SD (1993). Chronic desquamative gingivitis. *Iowa Dent J*; 79 (2): 10 – 13.
- Zunt SL (1996). Enfermedades vesículo ampollares de la cavidad bucal. En: *Clínicas Dermatológicas: trastornos que afectan la cavidad bucal* (Miles DA, Rogers RS). Interamericana, México. Tomo 2, pág. 301-312.

REFERENCIA- FUNDACION JUAN JOSE CARRARO revista numero 24 de marzo-abril 2007

