

Presentación de caso

Gingivitis descamativa crónica, en adulta mayor de 73 años

Chronic desquamative gingivitis in woman of 73 years

Yamila Lescay Mevil,¹ Delys Reyes Fundora²

¹Especialista de I Grado en Periodontología

²Especialista de II Grado en Periodontología

Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez"

Centro de Investigaciones sobre: "Envejecimiento, Longevidad y Salud"

Editorial: Calle G y 27, Municipio Plaza de la Revolución, La Habana, Cuba

CP: 10400 Correo: geroinfo@infomed.sld.cu

Centro de Investigaciones sobre: "Envejecimiento, Longevidad y Salud".

RESUMEN

Se presenta un caso clínico de una paciente femenina de 73 años portadora de un cuadro severo de gingivitis descamativa crónica, agravado por antecedentes de esofagitis, fibromialgia y depresión, se concluyó caso con tratamiento satisfactorio, y mejoría del cuadro inflamatorio, descamación gingival y gran motivación de la paciente garantizando el mantenimiento del éxito alcanzado.

Palabras clave: gingivitis descamativa crónica, adulto mayor.

ABSTRACT

Clinical case of a feminine patient 73 years old that it presents squaresevere ofchronic desquamative gingivitis, increased by esophagitis antecedents, fibromyalgia, and depression, you concluded case with satisfactory treatment, and improvement of the inflammatory square, desquamative gingival and the patient's great motivation guaranteeing the maintenance of the reached success.

Keywords: chronic desquamative gingivitis, elderly.

INTRODUCCIÓN

La Gingivitis Descamativa Crónica es una lesión peculiar que se caracteriza por presentar eritema intenso, descamación y ulceración de las encías libre e insertada. Más de la mitad de los casos de gingivitis descamativa se localizan en la encía, aunque no es raro que se afecten otros sitios. Otros investigadores plantean que la gingivitis descamativa no es una entidad patológica específica, sino una reacción gingival relacionada con una variedad de enfermedades.^{1,2}

Se plantea que la descamación y el eritema gingival son unas de las primeras apariencias clínicas del signo de gingivitis descamativa, que se localizan en la encía marginal y se extienden 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 ha visto en niños.

Muchos casos de gingivitis descamativa tienen un origen dermatológico; el liquen plano y el pénfigoide cicatrizal son los más frecuentes; y se ha visto relacionada a enfermedades autoinmunes mucocutáneas, como el pénfigoide 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.^{1,2}

La Academia Americana de Periodontología (APP), según su origen y características clínicas, ha denominado esta enfermedad, «manifestaciones gingivales de condiciones sistémicas», y lo subdivide en «desórdenes mucocutáneos y reacciones alérgicas». ^{3,4}

Clínicamente se caracteriza por que la mucosa gingival adquiere un color rojo brillante, con pequeñas placas opacas grisáceas, que toman tanto la encía libre como la adherida. El epitelio superficial, al ser frotado, se desprende y deja al descubierto el tejido conectivo que, a la exploración clínica, se muestra muy doloroso y sangrante. Hay una sensación de quemazón y resequedad bucal sensibilidad a los cambios térmicos. No se toleran los alimentos muy

condimentados y la fisioterapia bucal resulta dolorosa, por lo que se dificulta el control de la placa, y los pacientes desarrollan con frecuencia una gingivitis marginal secundaria.^{5,6}

La AAP, tiene una clasificación para los procesos inflamatorios crónicos superficiales (2003), incluye todas aquellas manifestaciones gingivales de condiciones sistémicas, y las agrupa en: desórdenes mucocutáneos, reacciones alérgicas, reacciones atribuidas a cremas dentales, enjuagues bucales, aditivos de gomas de mascar, aditivos de alimentos y otras afecciones no especificadas.⁴

Debido a la importancia de estas condiciones sistémicas para el establecimiento del diagnóstico certero, se consideró necesario particularizar en las alteraciones que cursan con manifestaciones gingivales de tipo descamativa.

El pronóstico de la gingivitis descamativa es reservado, y guarda relación con la enfermedad que está provocando dicha manifestación inespecífica en la encía. La realización de un correcto diagnóstico, con la adecuada pertinencia, favorece el establecimiento de un tratamiento oportuno y, con ello, un mejor pronóstico; siempre en dependencia de la implicación de la condición sistémica generadora de la alteración patológica. El control de los irritantes locales ayuda a prevenir la inflamación secundaria.

Se han descrito 3 formas: Leve, Moderada, Grave o Severa.^{7,8,9}

Para obtener un correcto diagnóstico es necesario realizar una anamnesis minuciosa. Tener en cuenta los datos aportados por el paciente acerca de los síntomas de esta afección, así como los antecedentes para un examen preciso.

El diagnóstico precoz y la implementación inmediata de medidas terapéuticas son fundamentales para el éxito del tratamiento. Los autores de la investigación proponen un protocolo terapéutico periodontal, que sigue el plan que se impone ante cualquier patología periodontal y tener en cuenta además los antecedentes personales de nuestro paciente y su medicación.^{10,11} Tratamiento inicial;

eliminación de factores que exacerban la lesión; tratamiento correctivo no quirúrgico; medicamentoso y tratamiento correctivo quirúrgico.

Presentación del caso

De esta forma, el objetivo del presente trabajo es presentar el caso clínico de una paciente del género femenino de 73 años de edad con un cuadro de gingivitis descamativa crónica severa asociado a placa dentobacteriana y con antecedentes de fibromialgia, esofagitis y depresión y resaltar aspectos relacionados al diagnóstico, al tratamiento y al pronóstico. De esta forma divulgar y dar a conocer una forma de tratar a este tipo de paciente con patologías que pueden agravar el cuadro clínico, hecho este que para algunos profesionales de la estomatología puede llegar a constituir una dificultad en el momento de llegar a un diagnóstico correcto e imponer un tratamiento efectivo para esta patología.

Paciente del género femenino, de 73 años de edad, se presentó en la clínica de Periodoncia de la Facultad de Estomatología de la Habana, por motivo de sensibilidad, dolor gingival durante el cepillado dental inclusive de forma espontánea e imposibilidad de ingestión de alimento. Durante el examen clínico se observó además placa dentobacteriana un intenso eritema gingival, que se extiende a mucosa del labio superior con descamación del epitelio gingival y tejidos gingivales de color rojo vivo. Se observó también en zona del paladar lesiones aftosas y encía palatina también afectada, pero en menor medida (Fig. 1, 2 y 3).



Fig.1 y 2 Se observó placa dentobacteriana un intenso eritema gingival, que se extiende a mucosa del labio superior con descamación del epitelio gingival y tejidos gingivales de color rojo vivo.



Fig.3. Zona del paladar afectada con lesiones aftosas y encía palatina también afectada, pero en menor medida.

Basados en la anamnesis se constató que la paciente presentaba varias afecciones sistémicas para los cuáles llevaba tratamiento farmacológico.

Antecedentes patológicos personales: Hipertensión arterial Fibromialgia, esofagitis y depresión.

Medicamentos que consume: Nifedipino 10 mg ½ tableta en las comidas 5 mg; Amitriptilina 25 mg: 1/2 tableta al día- 12,5 mg; Difenhidramina 25 mg: 1 tableta/ 25 mg al día; Omeprazol 20 mg y domperidona 10 mg 1 tableta en las comidas; Imipramina 25 mg 1 tableta al día; Clorodiazepóxido 10 mg 1 tableta al día.

DISCUSIÓN

Los problemas de salud de la paciente, agravado por la presencia de placa dentobacteriana han desencadenado este cuadro Hipótesis que defendió nuestro equipo.

Durante las crisis de fibromialgia no se realizó de forma correcta la fisioterapia bucal, hecho que conllevó a la agudización del cuadro de gingivitis descamativa crónica producto de la acumulación de placa dentobacteriana pues esta no pudo

ser controlada de manera eficiente irritando de manera directa el periodonto de protección.

Se debe señalar también el hecho de que la esofagitis, presente en este caso, hizo que el medio bucal se mantuviera con un nivel de PH ácido agravando el cuadro, tener presente que la ingestión de medicamentos como el Nifedipino, los antihistamínicos, los antidepresivos tiene una acción e influencia directa sobre el periodonto y disminución de la secreción salival que es fundamental en los mecanismos de auto limpieza.^{12,13,15}

Después de la primera consulta se constató que el paciente presentaba un grande acumulo de placa y que la ejecución del cepillado dental era imposible.

Se le impuso una primera fase de tratamiento con el objetivo de aliviar los síntomas agudos, promover el crecimiento y protección del epitelio, tener una acción hormonal y controlar la placa dentobacteriana.¹⁴

-Control de dieta; control del estrés; vitaminoterapia; Clobetazol 3 aplicaciones diarias; Dietilestilbestrol-5 1/tableta 5 mg al día por quince días y colutorios de clorhexidina 1 minuto de duración por una semana.

Se realizaron interconsultas con profesionales de otras especialidades conformándose un equipo multidisciplinario, para mejorar este cuadro, sin esto no hubiera sido posible llegar un consenso en cuanto a la terapéutica individualizada e ideal para esta paciente mayor. Principalmente con el especialista en Gerontología y Geriatría, pues presentaba entre otros problemas de salud: polifarmacia; para intentar ajustar medicamentos y dosis y tratar correctamente la depresión.

En este período, la paciente se mantiene estable asintomática. La implementación de una correcta y adecuada práctica de higiene bucal diaria, junto al monitoreo y control profesional periódico, garantizaron el restablecimiento del cuadro severo de gingivitis descamativa crónica.

En la valoración de la gingivitis descamativa, es necesario realizar una anamnesis minuciosa. Los datos acerca de los síntomas relacionados con esta afección, así como los antecedentes (comienzo de la lesión, agravación, hábitos que la exacerban, entre otros) son esenciales.^{16,17,18}

Con un diagnóstico correcto y la forma de distribución de las lesiones se puede establecer las diferentes alteraciones que conducen a la aparición de la gingivitis descamativa crónica, la cual ha sido considerada como un signo de una variedad de enfermedades vesiculoampollares.⁷

Debido a la importancia de estas condiciones sistémicas para el establecimiento del diagnóstico y tratamiento correcto certero, se consideró necesario particularizar en las alteraciones que cursan con manifestaciones gingivales de tipo descamativas.

Liquen plano: La lesión fundamental es una pápula rosado violácea, poligonal, de superficie aplanada, brillante, de pequeño tamaño, no mayor de 6-8 mm. Es típico del liquen plano oral (LPO) un reticulado fino, blanquecino, denominado estrías de Wickham. En el LPO, se afectan con frecuencia las mucosas bucal y lingual y es rara la afectación del paladar y la región sublingual.

Penfigoide: El término penfigoide se aplica a una serie de enfermedades ampollares subepiteliales, inmunitarias, cutáneas, que se reconocen por la separación de la zona de la membrana basal.

Penfigoide ampollar: Es un trastorno buloso, subepidérmico, autoinmunitario y crónico, con ampollas tensas que se rompen y quedan flácidas en la piel. Las lesiones bucales son secundarias hasta en el 40 % de los casos. Existe una presentación de gingivitis descamativa y a veces anomalías vesiculobulosas.

Penfigoide de las mucosas (penfigoidecicatrizal): Es un trastorno autoinmunitario vesicular crónico, de causa desconocida, que afecta a mujeres en la quinta década de la vida.

La manifestación bucal más notoria es la gingivitis descamativa con zonas típicas de eritema, descamación, úlceras y vesículas de la encía insertada.

Pénfigo vulgar, las enfermedades de pénfigo son un grupo de trastornos ampollares autoinmunitarios que producen vesículas cutáneas, mucosas o ambas. El pénfigo vulgar es la variedad más común, aunque existen otras, como: foliáceo, vegetante y eritematoso.

Estomatitis ulcerativa crónica: Desde el punto de vista clínico, esta afección se presenta con ulceraciones bucales crónicas y afecta más a las mujeres de la cuarta década de la vida. Pueden observarse pequeñas ampollas aisladas y dolorosas, que aparecen sobre todo en la encía y borde lateral de la lengua. Enfermedad de IgA lineal (dermatosis de IgA lineal): Es un trastorno mucocutáneo poco común, más frecuente en mujeres de mediana y avanzada edad, aunque puede aparecer en jóvenes. Desde el punto de vista clínico, se manifiesta como una erupción vesiculo ampollar pruriginosa. Las lesiones bucales consisten en vesículas, úlceras o erosiones dolorosas y gingivitis/queilitis erosivas. Es común que afecte los paladares blando y duro. Le siguen, en frecuencia, los pilares amigdalinos, el vestíbulo, la lengua y la encía.

Dermatitis herpetiforme: Su causa no está bien precisada, todos los pacientes sufren enteropatía por gluten. Clínicamente se presenta en pacientes jóvenes, con pápulas y vesículas pruriginosas bilaterales y simétricas, en su mayoría restringidas a las superficies extensoras de las extremidades. Las anomalías bucales se caracterizan por la presencia de ulceraciones dolorosas, precedidas por el hundimiento de vesículas o ampollas efímeras.

Lupus eritematoso: Es una enfermedad autoinmunitaria, que aparece en tres presentaciones clínicas diferentes: lupus sistémico, cutáneo crónico y cutáneo subagudo.

Lupus eritematoso cutáneo crónico (LECC): Alrededor del 9 % de los pacientes con LECC presentan placas del tipo de liquen plano en el paladar y la mucosa

bucal. Puede estar afectada la encía y, desde el punto de vista clínico, se presenta como gingivitis descamativa.

Lupus eritematoso cutáneo subagudo (LECS): Describe a un grupo de pacientes que sufren lesiones cutáneas características, con similitudes respecto al LECC, pero que no dejan cicatriz ni atrofia.

Eritema multiforme: Es una enfermedad mucocutánea inflamatoria aguda, macular, ampollar, o ambas, en la que suceden diversos mecanismos inmunopatológicos.

Erupción por fármacos: Las erupciones cutáneas y las lesiones bucales se atribuyen a que los actúan como alérgenos, solos o combinados, sensibilizan los tejidos y después inducen la reacción alérgica.

Lesiones diversas: Otro grupo de lesiones heterogéneas puede simular gingivitis descamativa. Los defectos artificiales, candidiasis, enfermedad de injerto contra huésped, granulomatosis de Wegener, gingivitis de cuerpo extraño, incluso carcinoma escamocelular; son cuadros que pueden desviar la atención y ser un desafío diagnóstico.

Es importante establecer un diagnóstico positivo, para establecer la estrategia terapéutica adecuada y eficaz, sobre todo en personas mayores, dónde se afecta la función y estado nutricional en muchos casos, comprometiendo su estado de salud.

CONCLUSIONES

Es muy importante el diagnóstico positivo de esta entidad, así como su tratamiento y seguimiento. Con el tratamiento adecuado se logra la satisfacción y una notable mejoría de los pacientes, así como cambios favorables en su calidad de vida. El manejo con equipo multidisciplinario es necesario en muchos casos, sobretodo en pacientes mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
- a. Genco RJ, Genco FD. Common risk factors in the management of periodontal and associated systemic diseases: the dental setting and interprofessional collaboration. J Evid Based Dent Pract. 2014;14 Suppl:4-16.
2. Sebastian Altenhöfer, Kim A. Radermacher, Pamela W.M. Kleikers, Kirstin Wingler, and Harald H.H.W. Schmidt. Significance: Oxidative stress, an excess of reactive oxygen species (ROS) production versus consumption, may be involved in the pathogenesis of different diseases. Antioxid Redox Signal. 2015; 23: 406-427.
3. Reseach, Science and Therapy Committee of the American Academy of Periodontology. Journal Periodontology 2003; (74): 1696-704.
4. Bello C, Mondaca-Cornejo L, Navarrete-Dechent C, González S. Pénfigo vulgar tipo cutáneo. Caso clínico. RevMéd Chile [internet]. 2013 abr. [citado 5 mayo 2017];141(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000400015&lng=en&nrm=iso&tlng=en
5. Márquez Filiu M, Estrada Pereira GA, González Heredia E, Medina Montoya LT, Jaca Portuondo AL. Manifestaciones bucales del liquen plano MEDISAN. [internet]. 2013 nov. [citado 5 mayo 2017];17(11): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Troya Borges E, Martínez Abreu J, Padilla Suárez E, Iglesias López N, Ramos Ortega A. La estomatitis aftosa recurrente y las situaciones de estrés como factor de riesgo. Rev. Med. Electron [revista en internet]. 2014, Dic [citado 7 de septiembre 2017]; 36(6): 799-812. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600001&lng=es.
7. Riera Matute G, Riera Alonso E. La aftosis oral recurrente en Reumatología. ReumatolClín [internet]. 2012 [citado 3 oct. 2017];7(5): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/ficheros/eop/S1699-258X%2811%2900173-2.pdf>

8. Michael J. LaMonte, Kathleen M. Hovey, Robert J. Genco, Amy E. Millen, Maurizio Trevisan, Jean Wactawski-Wende. Five-Year Changes in Periodontal Disease Measures Among Postmenopausal Females: The Buffalo OsteoPerio Study. *J Periodontol* 2013; 84: 572-584.
9. JeffcoatMK, JeffcoatRL, GladowskiPA, BramsonJB, Blum JJ. Impact of periodontal therapy on general health: evidence from insurance data for five systemic conditions. *Am J PrevMed*. 2014; 47:166-74.
10. Díaz-Guzmán LM: Las enfermedades sistémicas en la práctica odontológica. *OralB News*2013;8(26):8-12.
11. Díaz-Guzmán LM, Castellanos JL. Hiposalivación. Factor frecuente de riesgo para el desarrollo de enfermedades bucales. *OralB News América Latina*. 2013; 02:15-19.
12. Mandel L: Hyposalivation: the roles of radioactive iodine and stapes surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 2013;71: e76-80.
13. Castellanos JL: Promoción de la Salud en Contraste con Prevención de la Enfermedad. Una visión Odontológica. *Oral-B News*.2013 .26:5-7.
14. Goñi Esarte S, Arín Letamendía A, Vila Costas JJ, Jiménez Pérez FJ, Ruiz-Clavijo García D, Carrascosa Gil J, et al. Rescate con rituximab en paciente con liquen plano esofágico refractario. *GastroenterolHepatol* [internet]. 2013 abr. [citado 23 abr. 2017];36(4): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210570512002464>
15. Díaz-Guzmán LM, Castellanos JL. Prevención de enfermedades bucales en pacientes con trastornos sistémicos. Parte II. Diabetesmellitus. *Revista ADM*, 2013;70(4);169-176.
16. Giannobile WV, Braun TM, Caplis AK, Doucette-Stamm L, Duff GW, Kornman KS: Patients stratification for preventive care in dentistry. *Dent Res*. 2013; 92:694-701.
17. Sarduy Bermúdez Lázaro, Rodríguez Labrada Magdiel. Gingivitis descamativa crónica. *Medicentro Electrónica* [Internet]. 2014 Dic [citado 2018 Mar 06]; 18(4): 148-155. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000400002&lng=es.