



# GINGIVITIS DESCAMATIVA CRÓNICA

---

**Tutor: Dr. Lorenzo Arriba de la Fuente**

**Alumno: Carlos Pinilla Calle**



# ÍNDICE

---

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS</b>	<b>15</b>
<b>MATERIAL Y MÉTODO</b>	<b>17</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>20</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>24</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>34</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>36</b>

# INTRODUCCIÓN

---

Gingivitis descamativa es un término que indica descamación difusa, eritema y erosión de la encía marginal e insertada, introducido por Pritz en 1932<sup>1</sup>. Según el sistema de clasificación establecido en el International Workshop de Periodoncia de 1999, la gingivitis descamativa (GD) es una alteración gingival no asociada a placa y está encuadrada dentro de las manifestaciones gingivales de condiciones sistémicas<sup>2</sup>. Las lesiones afectan a la encía libre y adherida principalmente, y según la afectación clínica pueden distinguirse dos tipos<sup>3</sup>:

- Formas leves: su curso es agudo, se caracterizan por la presencia de eritema y descamación leve sin ulceración. Son lesiones localizadas producidas por mecanismo alérgico o de hipersensibilidad a productos de higiene oral, o traumas por hábitos parafuncionales o cepillado agresivo<sup>3</sup>.
- Formas severas: son una manifestación clínica de diversas enfermedades mucocutáneas. Presentan eritema, descamación y ulceraciones dolorosas que afectan a encía libre y adherida<sup>3</sup>.

Las lesiones por GD principalmente afectan a la cara vestibular de la encía de sectores anteriores, sin embargo, pueden presentarse en cualquier área gingival con una extensión variable<sup>4</sup>. Según la distribución de las lesiones, la GD se puede clasificar en localizada (si afecta a un sextante o menos) y generalizada (si afecta a más de un sextante).

La gingivitis descamativa crónica (GDC) se define como una lesión de la encía marginal e insertada que cursa con descamación y eritema, y que está asociada a enfermedades mucocutáneas. Las enfermedades más relacionadas con la GDC son el liquen plano oral (LPO) y el penfigoide benigno de las mucosas (PBM). El penfigoide casi siempre presenta GDC pero no se ve con mucha frecuencia, el liquen sin embargo

no presenta tantas veces GDC pero es una enfermedad muy común <sup>5</sup>. También se puede observar en GDC en reacciones liquenoides orales, pénfigo vulgar (PV), eritema multiforme (EM), reacción injerto frente a huésped, lupus eritematoso (LE), penfigoide buloso, epidermólisis bullosa adquirida (EBA), estomatitis aftosa recurrente (EAR), enfermedad lineal por depósito de inmunoglobulina A (EDLA), gingivitis de células plasmáticas, dermatitis herpetiforme (DH), gingivitis por cuerpos extraños, y psoriasis (PS)<sup>6</sup>.

Desde un punto de vista teórico, la GDC puede ser perjudicial en el desarrollo y progresión de las lesiones periodontales asociadas a placa bacteriana. Esta relación puede ser directa o indirecta. De forma indirecta, cuando los síntomas de la GDC están presentes, causan una disminución en la eficacia de las técnicas de higiene oral, debido a las molestias en esa zona, y por lo tanto, el acúmulo de placa, aumenta el riesgo de enfermedad periodontal. La GDC podría tener también un efecto directo sobre la enfermedad periodontal ya que en la patogénesis de las enfermedades mucocutáneas asociadas a GDC y de las lesiones periodontales asociadas a placa actúan los mismos mecanismos inmuno-inflamatorios (redes de citoquinas y TN- $\alpha$ ). Por lo tanto, es posible pensar que exista una interacción entre estos mecanismos que potencie la reacción inmuno-inflamatoria en las zonas donde se localicen las lesiones de GDC<sup>7</sup>.

Sin embargo, en la literatura existe poca información que analice esta evidencia.

Ramón- Fluixa y cols. En 1999 no observaron diferencias respecto a los índices de placa y cálculo, y pérdida de inserción entre un grupo control y uno con liquen plano oral.

Akman y cols. en 2008 observaron que sí existían diferencias en los afectados por pénfigo vulgar pero comparándolos con el índice periodontal comunitario (IPC) lo cual tiene cierto sesgo<sup>7</sup>.

Lo Russo y cols. en 2010 realizaron un estudio con 12 pacientes comparando el estado periodontal en zonas con y sin lesiones por GDC, en el cual, observaron una relación positiva entre las bolsas de 4-6 mm y las áreas afectadas por GDC. Sin embargo no encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a profundidad de sondaje, pérdida de inserción clínica e índices de sangrado y placa entre las zonas con y sin GDC<sup>7</sup>.

Cuando el dolor impide una adecuada higiene oral y provoca un mayor acumulo de placa, la GDC puede confundirse fácilmente con gingivitis inducida por placa. Esto puede retrasar el diagnóstico definitivo y provocar un aumento de la morbilidad y del riesgo de complicaciones para la vida del paciente<sup>6</sup>.

La GDC puede presentarse como uno de los primeros signos de las enfermedades mucocutáneas, por lo que realizar un correcto diagnóstico y un tratamiento precoz es lo de gran importancia. Aunque para establecer el diagnóstico es importante tener en cuenta la apariencia clínica y la evolución de las lesiones, la mayoría de las enfermedades que causan GDC presentan una clínica semejante e incluso en ocasiones, los hallazgos histológicos son similares, por lo que es complejo distinguirlas. El diagnóstico definitivo deberá realizarse mediante técnicas de inmunofluorescencia<sup>1,8</sup>.

## **EPIDEMIOLOGÍA**

Las enfermedades asociadas a GDC tienen una mayor incidencia entre la cuarta y la sexta década de la vida. Se han descrito casos en niños y adolescentes pero son muy infrecuentes. Existe una clara predilección por el sexo femenino, a excepción del EM. En la tabla 1 se muestran los diferentes resultados obtenidos de diferentes estudios<sup>6</sup>.

<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Nº pacientes</b>	<b>PBM (%)</b>	<b>OLP (%)</b>	<b>PV (%)</b>
Lakshmanan y cols. <sup>1</sup>	2012	239	25.1	44.3	2.1
Lo Russo y cols. <sup>4</sup>	2008	125	9	75	4
Leao y cols. <sup>5</sup>	2008	187	14	71	13
Yih y cols. <sup>9</sup>	2000	24	46	42	4
Vaillant y cols. <sup>10</sup>	2000	33	39	36	15
Yih y cols. <sup>11</sup>	1998	72	40	42	3
Markopoulos y cols. <sup>12</sup>	1996	49	45	45	6
Sklavounou y Laskaris <sup>13</sup>	1983	111	32	41	26
Rogers y cols. <sup>14</sup>	1982	41	90	2	5
Laskaris y cols. <sup>15</sup>	1982	212	26	-	62
Nisengard y Neiders <sup>16</sup>	1981	100	35	28	3
McCarthy y cols. <sup>4</sup>	1960	13	39	15	8

Tabla 1. Resultados del diagnóstico de GDC en los estudios publicados.

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Diferenciar entre las diferentes enfermedades asociadas a GDC es de gran importancia porque, aunque comparten una apariencia clínica similar, el manejo terapéutico y el pronóstico son diferentes.

### **Historia médica**

El primer paso ante la sospecha de GDC es realizar una minuciosa historia clínica. Debemos investigar cuidadosamente el inicio y progresión de la GDC porque la mayoría de las enfermedades asociadas tienen un inicio subagudo y el paciente no es consciente de ello, especialmente en el LPO y PBM. Sin embargo, los pacientes con PV



son capaces de distinguir cuando comenzaron las lesiones y los síntomas, y cuando se extendieron a otras mucosas y piel. Un inicio agudo conducirá normalmente al diagnóstico de EM, además, una investigación minuciosa puede descubrir pródromos y factores desencadenantes como fármacos o infecciones. Las infecciones suelen estar más relacionadas con la forma menor de EM, mientras que los fármacos normalmente son la causa de la forma mayor, y también pueden ser factores desencadenantes de LED y PV. Sustancias de aplicación tópica como pasta dentífrica, enjuagues, conservantes y colorantes de los alimentos también pueden causar EM y relacionarse con la gingivitis por células plasmáticas, así que debemos investigarlas cuidadosamente y sustituirlas siempre que sea posible. Debemos sospechar de una gingivitis contra cuerpos extraños en casos siempre que las lesiones de gingivitis descamativa sean pequeñas y localizadas, y si hay una historia de trauma o tartrectomía previa.<sup>6</sup> En estos casos, el análisis de los cuerpos extraños mediante microscopio de luz polarizada puede confirmar el diagnóstico. Las condiciones de cada paciente deben tenerse en cuenta para el manejo y el tratamiento. Utilizar técnicas estandarizadas para medir los síntomas como la escala analógica visual es recomendable para observar la severidad y medir la respuesta al tratamiento, sin embargo, en la práctica clínica se utiliza mucho más una escala nominal porque es más sencilla y fácil de realizar. La historia médica del paciente puede darnos información muy útil para el paciente, así en los casos de gingivitis por enfermedad injerto-huésped se puede observar la realización previa de un trasplante. En el LED, habrá discrasias sanguíneas o disfunción renal o cardíaca. La dermatitis herpetiforme se relacionara con alteraciones gastrointestinales e intolerancia al gluten. La evaluación de la condición sistémica es también de gran importancia para la planificación del tratamiento ya que los fármacos usados para las enfermedades mucocutáneas tienen efectos adversos que se deben tener en cuenta.<sup>6, 17,18</sup>

La gingivitis de células plasmáticas es una patología benigna de la encía de rara aparición y frecuentemente relacionada con hipersensibilidad a alérgenos presentes en la alimentación.<sup>20, 21</sup>

### **Examen intraoral**

Se debe observar la mucosa oral con minuciosidad en busca de lesiones con una apariencia específica que puede ayudar al diagnóstico de los síndromes asociados a GDC.

**LPO:** Tiene especial importancia porque las lesiones aparecen en encía sólo en un 27%.<sup>19</sup> El LPO muestra lesiones bilaterales queratósicas características (estrías de Wickham) o placas rodeadas de un área eritematosa, en las formas reticular y en placa. Sin embargo la forma erosiva de LPO es más difícil de diferenciar clínicamente del resto de enfermedades. Es característico del LPO que casi siempre afecta también a la mucosa yugal aparte de la masticatoria. También se debe buscar materiales de restauración y su relación topográfica con la lesión ya que la amalgama, composites, cobalto y oro pueden causar reacciones liquenoides. Esta enfermedad tiene un curso crónico.<sup>6</sup> Existen hallazgos clínicos tan característicos, cuya presencia sirve para sospechar el diagnóstico de LPO:

- Presencia de lesiones bilaterales y simétricas.
- Presencia de estriado blanco maculo-papular.
- Lesiones atróficas, erosivas, ampollosas y/o en placas (siempre con presencia de estrías blancas en otro lugar de la mucosa oral).<sup>19</sup>

**PBM:** causa lesiones vesículo-ampollosas de curso crónico que provocan distintos grados de molestias a nivel oral, es típica su presencia en la encía pero puede aparecer

en cualquier localización. En la exploración de los pacientes con PBM se debe observar el signo de Nickolsky (presionando una zona cercana a la lesión y ver si se forma ampolla). Las lesiones son subepiteliales, por lo que la ampolla sangrará cuando se rompa.<sup>6,22, 23</sup>

**PV:** las lesiones orales, incluyendo la encía, pueden observarse en las primeras fases de la enfermedad en un 70 % de los pacientes. Son lesiones vesículo-ampollosas que se rompen con facilidad dejando erosiones de bordes irregulares y causando dolor. Pueden aparecer en cualquier zona incluso en labios, las ampollas son intraepiteliales, por lo que no habrá sangrado cuando se rompan. Durante la exploración se observará el signo de Nicolsky.<sup>6, 17</sup>

**EM:** Las lesiones orales tienen un inicio agudo característico, incluyen erosiones y ulceraciones con bordes irregulares rodeadas de un halo eritematoso. Pueden tener cualquier localización, pero es característica la formación de costras junto con sangrado en los labios.<sup>18</sup>

### **Examen extraoral**

Siempre debe valorarse el estado extraoral en la enfermedad mucocutánea. Se deben investigar las posibles lesiones en la piel y otras mucosas y se solicitará la colaboración con otros especialistas (dermatólogo, oftalmólogo, ginecólogo...) que determinarán la presencia, morfología y distribución de las lesiones. Además en ciertas enfermedades asociadas a GDC como LED, EM en la forma mayor, y reacción injerto-huésped, pueden verse afectados órganos internos.<sup>6</sup>

**LPO:** Las lesiones extraorales son pápulas queratósicas violáceas que afectan a piel y otras lesiones que pueden aparecer en otras mucosas como la esofágica o genital.

**PBM:** ampollas que pueden afectar a conjuntiva, laringe, esófago, recto, genitales, piel y fosas nasales. Estas lesiones pueden causar serias complicaciones como la ceguera en los casos en los que afecte a conjuntiva, y la obstrucción de las vías respiratorias si afecta a laringe.<sup>6, 22, 23</sup>

**PV:** eventualmente aparecen ampollas cutáneas y erosiones que se van extendiendo causando alteraciones hidroelectrolíticas y septicemia. Pueden afectar a conjuntiva, laringe, fosas nasales, esófago, genitales y piel. Esta enfermedad puede ser mortal si no se trata.<sup>6, 17</sup>

### **Características inmunológicas e histopatológicas:**

La valoración histopatológica y evaluación inmunológica es de gran importancia tanto la elección del área donde realizar la biopsia como el manejo de los tejidos para conseguir muestras representativas, especialmente en las enfermedades ampollosas. Unas muestras se destinarán para el análisis histomorfológico y otras para IFD e IFI<sup>6</sup>. Según Lakshmanan, lo ideal para el diagnóstico de la GDC sería realizar 3 biopsias: dos para IFD (una de tejido perilesional adyacente a una vesícula o úlcera y otra de mucosa normal) y una para microscopio óptico con tinción de hematoxilina/eosina de la zona de la lesión pero que incluya tejido sano. Para los casos de EAR y enfermedades sistémicas del tejido conectivo como Lupus y escleroderma es necesaria un estudio de IFI para establecer un diagnóstico definitivo. La técnica gold standard para el diagnóstico de la GDC es la IFD<sup>1</sup>.

**PV:** depósito intercelular epitelial de IgG, IgG4 y C3 individualmente o en diferentes combinaciones. Mediante IFD.<sup>1, 17</sup>

**PBM:** depósito de IgG, IgG4 y C3 individualmente o en diferentes combinaciones, entre la capa de células basales del epitelio y la capa superficial del tejido conectivo, con un patrón lineal. Mediante IFD.<sup>1, 22, 23</sup>

**EBA:** depósito de IgG, IgG4 y C3 de manera individual o en varias combinaciones, situados únicamente en la capa superficial del tejido conectivo. Mediante IFD.<sup>1</sup>

**DH o manifestación oral de enfermedad celiaca:** depósitos granulares de IgA en la lámina propia con o sin fibrina o C3. Mediante IFD.<sup>1</sup>

**EDLA:** exclusivamente por depósito de IgA a modo de patrón lineal en la membrana basal. Mediante IFD.<sup>1</sup>

**LPO:** en la IFD se podrá observar un depósito de fibrina a modo de pelos en la membrana basal. Sin embargo, esto no será suficiente para establecer un diagnóstico definitivo. Se debe valorar la muestra con tinción de hematoxilina/eosina en la que aparecerá un infiltrado inflamatorio en banda en la parte superficial del tejido conectivo, degeneración hidrópica de la capa basal del epitelio, acortamiento de las papilas (algunas de ellas con forma de dientes de sierra), y ausencia de displasia.<sup>1</sup>

**EAR:** las características inmunológicas e histopatológicas de esta enfermedad son muy similares a las del LPO. En la IFD destacará un depósito lineal en forma de pelos de fibrina en la membrana basal y un depósito de IgG en patrón granular en el núcleo de los queratinocitos del estrato basal y tercio inferior del estrato espinoso (esto último también puede observarse en el LED y en el Síndrome de Sjögren). Al microscopio óptico puede observarse una degeneración del estrato basal y un infiltrado inflamatorio en banda en la lámina propia. Los estudios de IFI son los únicos capaces de aportar un diagnóstico definitivo de EAR, la IFI mostrará anticuerpos antinucleares del epitelio

estratificado, limitados a las células basales y parabasales usando esófagos de mono y cerdo guineano.<sup>1</sup>

**Otras enfermedades:** patologías del tejido conectivo que incluyen lupus eritematoso, Síndrome de Sjögren, escleroderma y otros. En la IFD se observará:

- Presencia de depósitos con un patrón homogéneo moteado en el núcleo y citoplasma de las células del epitelio.
- Depósito granular de IgM entre la capa dérmica y epidérmica, característico del LED.
- Depósito de complemento C5B9 alrededor de las paredes de las vesículas en ausencia de LED.<sup>1</sup>

# JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

---

# JUSTIFICACIÓN

---

La GDC es una alteración gingival no asociada a placa que se define como una manifestación gingival de condiciones sistémicas.

La GDC puede agravar la patología periodontal del paciente porque, aunque no afecte directamente a los tejidos de soporte del diente, los síntomas que causa impiden una correcta higiene oral.

El diagnóstico diferencial de la GDC es de gran importancia, ya que aunque algunas de las condiciones sistémicas que representa son leves, otras pueden llegar a comprometer la vida del paciente.

Diferenciar entre las diferentes enfermedades asociadas a GDC es de gran importancia porque, aunque comparten una apariencia clínica similar, el manejo terapéutico y el pronóstico son diferentes.

# OBJETIVOS

---

Realizar una revisión actualizada de la bibliografía sobre la GDC.

Estudiar la prevalencia de las condiciones sistémicas asociadas a la etiología de la GDC.

Observar la demografía, distribución, extensión y sintomatología de las GDC.



# MATERIAL Y MÉTODO

---

## Selección de pacientes

Para la realización del estudio se llevo a cabo una revisión de las historias clínicas de los pacientes que acudieron a consulta en el Título Propio de Especialista de Medicina Oral del Departamento de Estomatología III en la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid entre los años 1979 y 2012.

## Criterios de inclusión

Historias de pacientes que acuden a la Facultad de Odontología de la UCM y son remitidos al Título Propio de Especialista de Medicina Oral:

- Historias de pacientes que en la exploración presenten lesiones en encía a modo de eritema, erosión y descamación, ya sea de forma localizada o generalizada.
- Pacientes cuyo motivo de consulta o diagnóstico de sospecha sea alguna de las enfermedades mucocutáneas o condiciones sistémicas con afectación gingival como liquen plano oral, reacción liquenoide, penfigoide benigno de las mucosas, pénfigo vulgar, eritema exudativo multiforme, reacción injerto contra huésped, lupus eritematoso, estomatitis aftosa recurrente, enfermedad por depósito lineal de IgA, gingivitis de células plasmáticas, dermatitis herpetiforme.
- Pacientes cuyo motivo de consulta sean molestias a nivel gingival con lesiones compatibles con gingivitis descamativa crónica o cuyo diagnóstico de sospecha sea alguna de las enfermedades mucocutáneas o condiciones sistémicas con frecuente afectación gingival.

## **Criterios de exclusión**

Historias de pacientes donde no se observa afectación gingival o las lesiones en encía están asociadas a placa bacteriana y pacientes en los que no se establece ninguna relación con ninguna de las condiciones sistémicas antes nombradas.

## **Tratamiento de los datos**

Se elaboró una hoja de cálculo con el programa Excel de Microsoft Office en la que se introdujeron los siguientes datos de cada paciente: nombre y apellidos, fecha de nacimiento, sexo, raza, hábitos, fecha de la primera visita, edad de la primera visita, enfermedades sistémicas, diagnóstico de presunción, localización de la lesión, motivo de la consulta, realización de biopsia, tratamiento farmacológico del paciente, y síntomas relacionados con la lesión.

Aunque el método más objetivo para la valoración del dolor es la escala analógica visual, para la evaluación de los síntomas se utilizó una escala nominal según lo que referían los datos de las historias revisadas (Asintomático; leve: si había molestias ligeras, descamación o escozor de baja intensidad; moderado: si los pacientes referían dolor; y severo: si los síntomas dificultaban alguna función como la masticación).

Según la distribución de las lesiones, la GDC se clasificó en localizada (si afectaba a un sextante o menos) y generalizada (si afectaba a más de un sextante).

# RESULTADOS

---

En la revisión de las historias clínicas, un total de 98 pacientes se relacionaron con un diagnóstico compatible con GDC. El rango de edad varía entre los 13 y los 80 años y la edad media con la que los pacientes acudieron por primera vez a la consulta del Departamento de Estomatología III fue de 55,5 años. Destaca que el 79% de los pacientes eran de sexo femenino, como puede observarse en la figura 1.

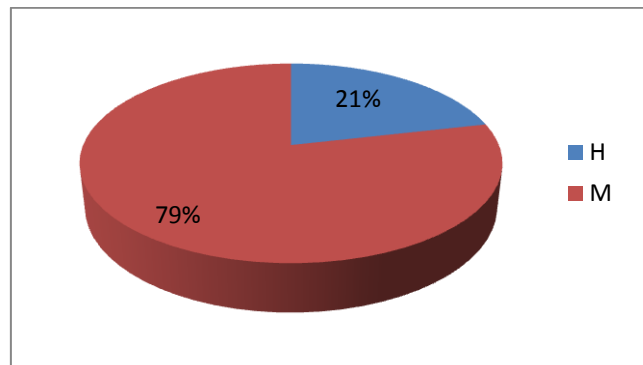


Figura 1. Prevalencia de la GDC según el sexo

Respecto a los datos demográficos, 91 pacientes (93%) eran de nacionalidad española, uno de nacionalidad francesa, uno de nacionalidad marroquí, un estadounidense y un ecuatoriano. En 3 de las historias no se especificaba la nacionalidad del paciente.

De los 98 casos, sólo 31 (32%) presentaban lesiones exclusivamente en la encía, en 64 (65%) se podían observar lesiones en otra localización de la cavidad oral, aparte de la encía y en 3 sólo se señala que hay GDC pero no se especifica si hay otra mucosa afectada además de la encía.

Las lesiones aparecían de forma generalizada en 46 (47%) de los casos, mientras que en 41 (42%) había una distribución localizada. En 11 de las historias clínicas no se registraban datos sobre la distribución concreta de las lesiones.

En la tabla 2 se muestran los resultados de los diagnósticos de las lesiones.

<b>ENFERMEDAD</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>	<b>Edad</b>
LPO	64	65%	55,86
Reacción liquenoide	7	7%	47,17
PBM	6	6%	55
Gingivitis por células plasmáticas	4	4%	61,71
EAR	3	3%	38,75
PV	3	3%	65,67
Gingivitis por cuerpo extraño	2	2%	52,5
Gingivitis alérgicas	2	2%	64
Sin diagnóstico	7	7%	-

Tabla 2. Diagnóstico, número de casos y porcentaje.

Es destacable, que de los 4 casos de GDC por células plasmáticas, dos ocurrieron en los pacientes más jóvenes del estudio (13 y 17 años).

Con respecto a la clínica y a la gravedad de los síntomas, en el 13% de los casos, las lesiones eran asintomáticas. Únicamente en el 3% de los casos, los pacientes refieren dolores tan intensos que les impedían comer de forma adecuada, cabe destacar que todas las lesiones de estos pacientes estaban causadas por LPO atrófico-erosivo. El 30% referían molestias ligeras, y el 21% molestias moderadas. En el 33% de las historias no había datos subjetivos reflejados sobre la sintomatología de las lesiones.

Observando los hábitos de los pacientes, cabe destacar que sólo 6 (6%) eran fumadores y únicamente 3 exfumadores. En uno de los casos se describe hábito de mordisqueo de la mucosa yugal. En el resto de los casos no es objetivable la existencia de ningún hábito relevante.

Al valorar la procedencia de los pacientes, el 78% de los pacientes acudió al servicio de Estomatología III de la Facultad de Odontología de la UCM, remitidos por profesionales de la salud (odontólogos, estomatólogos y médicos de familia), y únicamente el 3% acudió cuenta propia.

# DISCUSIÓN

---



La cantidad de pacientes que presentan GDC es muy baja comparándola con el periodo de tiempo de la búsqueda que se ha realizado, esto puede ser porque la GDC es una enfermedad muy poco frecuente. Sin embargo, comparando con estudios como el de Lakshmanan en 2012, nuestra muestra de 98 individuos es muy pequeña y se ha conseguido en un largo periodo de tiempo, 33 años para ser más exactos. Mientras que Lakshmanan consigue una muestra de 239 individuos en aproximadamente 1 año y 9 meses. Esto probablemente sea debido a que la cantidad de pacientes que acuden a consulta en el Título Propio de Especialista de Medicina Oral del Departamento de Estomatología III en la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid es mucho más baja que en el School of Dental Medicine de State University of New York. Esta diferencia tan grande respecto a la incidencia de la GDC podría deberse a que el estudio de Lakshmanan se realiza en un centro de referencia para el análisis de biopsias por lo que es normal que el número de casos analizados sea mucho mayor. Además, la muestra de la población de nuestro estudio presenta cierto sesgo, ya que la mayoría de los pacientes consultan a su médico de familia cuando observan lesiones en la cavidad oral que no estén en relación con los dientes.

La media de edad de los pacientes con GDC suele estar entre la 4ª y la 6ª década de vida, siendo muy extraña su presencia en pacientes adolescentes. La edad media de los pacientes de nuestro estudio es de 55,55 años, lo que coincide aproximadamente con las edades medias halladas en otros estudios como el de Lakshmanan (65 años), Leao (51 años), Yih (56 años), y Markopoulos (47,1 años). En todos estos estudios las características de la muestra poblacional son muy parecidas a las del nuestro. Cabe destacar un estudio de Yih en el 2000, que no se puede comparar con ninguno de los estudios citados ni con el nuestro porque utiliza una muestra pequeña, además,

selecciona 24 mujeres y 1 varón adultos, ya que su propósito es saber si existe relación entre los receptores de estrógenos y la GDC.

Igualmente, la mayoría de los estudios señalan una mayor prevalencia de GDC en mujeres. En nuestro estudio el 79% de los individuos eran de sexo femenino, lo que concuerda con las investigaciones de Lakshmanan y cols. (81%), Lo Russo y cols. (84%), Leao y cols. (67%), Markopoulos y cols. (76,6%), y otros. Sin embargo la relación entre la GDC y el sexo femenino no tiene una clara explicación. Se han barajado diversas hipótesis como la del estudio de Yih y cols. en 2000 para saber si existía asociación entre la expresión de receptores de estrógenos en la encía y la presencia de GDC, pero los resultados no hallaron ninguna relación.

Una posible explicación sería que las mujeres acuden más a la clínica porque se preocupan más por su salud y estética que los hombres, y por eso se diagnostiquen muchos más casos en el sexo femenino.

Estudiando la etiología de la GDC, en las historias revisadas, la condición sistémica asociada a GDC que más se observa en la clínica es el LPO. Aunque según las diferentes publicaciones la afectación gingival no es una de las principales localizaciones del LPO (sólo entre el 10% y el 27% de los LPO muestran lesiones en encía<sup>6,19</sup>), hay que tener en cuenta la gran prevalencia del LPO con respecto al resto de enfermedades mucocutáneas. Se debe destacar, que en todos los estudios el LPO y las reacciones liquenoides se consideran en el mismo grupo. Según nuestros datos, el 72% de las GDC estaban causadas por LPO o por reacciones liquenoides. Esto coincide, dentro de cierto rango, con los resultados obtenidos por Lo Russo y cols. (75%), Leao y cols. (71%). Sin embargo, en el estudio de Lakshmanan y cols. sólo el 44,3% de las GDC presentaban LPO. Esta diferencia con el último estudio puede deberse a que el

20,5% de los casos son negativos según el análisis anatomopatológico, aunque la mayoría presentan características clínicas de LPO. Algo parecido observamos en el estudio de Nisengard y cols, en el que el 33% de los casos la inmunología es negativa, provocando un sesgo en los resultados ya que el principal diagnóstico del LPO es histológico, no inmunológico.

Otros estudios como los de Yih y cols en 1998, Markopoulos y cols, Sklavounou y Laskaris, también presentan el LPO como causa más frecuente de GDC, sin embargo sus porcentajes son más bajos, 42%, 45%, y 41% respectivamente. La prevalencia del LPO en los estudios disminuye según retrocedemos en el tiempo como se observa en los estudios de Rogers y cols. (2%), Laskaris y cols. (0%), McCarthy y cols. (28%), y Nisengard y Neiders (28%). Esto podría deberse a que antes no se consideraba que el LPO tuviese una relación importante con la GDC, y se centrasen más en las enfermedades ampollasas como PBM y PV.

Tras el LPO, la enfermedad más frecuente asociada a GDC es el PBM. Aunque la mayoría de los casos de PBM tienen la característica de presentar lesiones en encía (Lo Russo y cols.), la baja prevalencia de esta enfermedad en la población, hace que esté por detrás del LPO en la asociación con GDC. Según nuestros resultados, el PBM está presente en sólo el 6% de las GDC, constituyendo la segunda enfermedad que se asocia con mayor frecuencia a la GDC. Esto coincide con los resultados obtenidos por otros autores como Lo Russo y cols.(9%) y Leao y cols.(14%). Sin embargo, otros estudios como los realizados por Lakshmanan y cols.(25,1%), Yih y cols.(46%) Yih y cols. (40%), Vaillant (39%), Rogers y cols (90%), Nisengard y Neiders (35%), y McCarthy y cols. (39%) difieren significativamente de nuestros resultados. Estas diferencias podrían deberse al tipo de muestra utilizado. En nuestro estudio, al igual que en la mayoría de los estudios realizados sobre GDC se utiliza un muestreo de casos consecutivos, lo que

puede suponer un problema porque la muestra no es representativa de la población general y puede provocar que existan resultados dispares entre los estudios. Para solucionar este problema debería realizarse un muestreo de tipo probabilístico, pero la prevalencia de la GDC en la población general es tan baja que sería necesario disponer de un número muy grande de pacientes. Además en algunos estudios como el de Yih y cols. de 2000 se utiliza un muestreo a criterio, el cual tiene mucha menos exactitud que el de casos consecutivos, y en otros estudios ni siquiera especifican el tipo de muestreo utilizado como el de Nisengard y Neiders de 1981.

Las diferencias con estas investigaciones podrían deberse a las características geográficas de las muestras de cada estudio, mientras que los estudios de Lakshmanan y cols, Yih y cols, Rogers y cols, y Nisengard y Neiders están realizados en EEUU, los estudios de Leao y cols., Markopoulos y cols, y Lo Russo y cols. utilizan poblaciones europeas. También la modernización de técnicas diagnósticas como la inmunofluorescencia y los cambios de los criterios anatomopatológicos de algunas enfermedades pueden haber afectado a los resultados. Además, no se debe olvidar el tamaño muestral, ya que los estudios de Vaillant y cols. y de McCarthy y cols. presentan 33 y 13 pacientes respectivamente, y estos números son muy bajos para realizar una comparación con nuestros resultados.

De los resultados obtenidos en nuestro estudio, al revisar las historias llama la atención que la tercera enfermedad que se asocia con mayor frecuencia a la GDC es la gingivitis de células plasmáticas, a diferencia del resto de estudios. Un dato que debemos destacar es que en todos los casos el diagnóstico de gingivitis por células plasmáticas se ha realizado a partir de 2002. Otro dato que debemos señalar es que 2 de los 4 casos diagnosticados son en los pacientes más jóvenes del estudio (17 y 13 años). La gingivitis de células plasmáticas es una patología benigna de la encía de rara aparición y

frecuentemente relacionada con hipersensibilidad a alérgenos presentes en la alimentación. En distintas revisiones en los últimos años se habla de la gingivitis de células plasmáticas como una entidad relacionada con la GDC, pero en las series revisadas sólo aparecen 2 casos de gingivitis por células plasmáticas, y son en el estudio de Lakshmanan en 2012. Esto puede deberse a que muchos autores no la consideran como GDC por su etiología de tipo alérgica.

El PV es una enfermedad organoespecífica, de origen autoinmune, que causa la aparición de vesículas y ampollas en las mucosas y la piel debido a la acción de anticuerpos contra proteínas específicas encargadas de la unión entre las células epiteliales. Se expresa principalmente con lesiones orales en un 88% de los pacientes, siendo además la mucosa oral el primer sitio donde se manifiesta en la mayoría de los casos (60%), pero la prevalencia de la enfermedad es muy baja. Sólo 3 de los casos de nuestro estudio se diagnosticaron como PV. Es una enfermedad vesículoampollosa rara cuyas lesiones pueden verse a nivel bucal. En la mayoría de los estudios revisados supone la tercera entidad por frecuencia relacionada con la GDC por detrás del LPO y el PBM. La incidencia del PV en nuestra revisión (3%) vienen a coincidir con los resultados encontrados en los estudios de Lakshmanan y cols en 2012 (2,1%), Lo Russo y cols en 2008 (4%), Yih en 2000 (4%), Yih en 1998 (3%), Markopoulos y cols en 1996 (6%), Rogers y cols en 1982 (5%), y Nisengard y Neiders en 1981 (3%). Únicamente 4 estudios difieren con nuestros resultados Leao y cols en 2008 (13%), Vaillant y cols en 2000 (15%), Sklavounoand y Laskaris en 1983 (26%), Laskaris y cols. en 1982(62%). En este último estudio destaca que únicamente encuentran casos de GDC asociados a PBM y PV, no hay ninguna GDC asociada a LPO, esto llama la atención porque el LPO es la patología que se asocia con mayor frecuencia a la GDC según muchos de los estudios. En el estudio de Vaillant y cols, la muestra analizada es de 33 pacientes lo que

explica que el porcentaje de PV sea más alto de lo normal (15%), ya que un solo paciente que presente una u otra condición sistémica asociada a GDC varía mucho los porcentajes.

Aunque el método más objetivo de evaluar los síntomas sea la escala analógica visual, hemos recurrido a una escala de tipo nominal porque en las historias revisadas, como es costumbre en la práctica clínica, los síntomas se evaluaban de forma descriptiva.

Cuando se analizan las variables con relación a la clínica referida por los pacientes que figura en las historias, en nuestra revisión debemos destacar que en el 13% de las historias figura que el paciente no refería ningún síntoma, el 51% presentaban molestias leves o moderadas y únicamente el 3% sufría un dolor severo que dificultaba la alimentación. En el 33% de las historias analizadas no se documentaba nada respecto a la sintomatología, hay que destacar que en la mayoría de los estudios no se evalúan los síntomas y únicamente las analizan los estudios de Leao y cols. y Lo Russo y cols.

Según Leao y cols. en 2008, todos los pacientes presentaban síntomas orales. En el estudio de Lo Russo y cols. de 2009, sólo un 1% de las GDC eran asintomáticas, el 90% presentaban una sensación de quemazón de leve a moderada, y el 9% tenían un dolor severo. Como vemos, estos datos difieren de los reflejados en las historias de nuestro estudio. En principio, en las historias suele figurar el motivo de consulta y se presta especial atención a los síntomas que el paciente refiere en el momento de la consulta. Cabe la posibilidad de que el paciente refiera únicamente la sintomatología que más le preocupa o que es más intensa y no indique o pase por alto otros síntomas. En el estudio de Lo Russo se realiza un seguimiento de los pacientes durante 3 años, por lo que puede que registre cualquier síntoma que se produjese en ese periodo de tiempo, mientras que en nuestro estudio sólo se registran los síntomas presentes en la primera consulta.

También es posible que en estos otros estudios se registrara como síntoma la

descamación o el eritema, mientras que en el nuestro únicamente se aceptaron como síntomas los datos referidos por los pacientes de manera subjetiva.

Cuando analizamos la extensión y distribución de la GDC, consideramos que es generalizada en un 47% de los casos y localizada en el 41%. Estos datos coinciden con los encontrados por Lo Russo y cols. en 2009, que obtiene un 58% de GDC difusa, un 26% localizada en el sector anterior y un 16% en el sector posterior. Sin embargo, si analizamos otros estudios, podemos encontrar resultados dispares como el de Leao y cols. en 2008, ya que según su estudio el 72% son localizadas y el 28% generalizadas. Esto puede deberse a que los distintos autores pueden variar los criterios de extensión de GDC, de hecho, en otros estudios como el de Lakshmanan y cols. en 2012, Vaillant y cols. en 2000, y Yih y cols. en 2000 y en 1998 no se tiene en cuenta la distribución ni la extensión de las lesiones.

En la mayoría de los casos existen lesiones orales aparte de la GDC, en nuestro estudio el 31% de los pacientes del estudio presentaban lesiones limitadas a la encía. Esto concuerda con los estudios de Lo Russo y cols. en 2009(22%). Para Markopoulos y cols. el 42% de las GDC presentaban lesiones en otras localizaciones de la cavidad oral a parte de la encía. Leao y cols. en 2008 comenta que aproximadamente un tercio de los pacientes presentaban lesiones en otras localizaciones orales además de la encía.

Nisengard y Neiders también describe que más de la mitad de las lesiones están confinadas en encía. Las diferencias de los resultados de estos 3 artículos respecto a nuestro estudio podrían deberse a que seleccionaran casos en los que las lesiones en la encía fuesen predominantes, mientras que en nuestro estudio se incluye cualquier caso que presente alguna lesión en encía aunque no sea la lesión predominante.

El diagnóstico definitivo de la mayoría de los problemas mucocutáneos se realiza mediante la toma de una muestra de biopsia para estudio anatomopatológico.

En el 7% de los casos de nuestro estudio no se pudo establecer ningún diagnóstico concreto. Destaca el estudio de Lakshmanan y cols. con un 20,5% de casos negativos, lo que puede explicarse debido a que el diagnóstico es únicamente anatomopatológico y no tiene en cuenta las características clínicas ya que se trata de un centro de análisis de biopsias. Otros estudios que destacan son el de Nisengardy Neiders, y el de McCarthy y cols. con un 33% y un 39% de resultados negativos respectivamente, esto probablemente se deba a que el tamaño muestral es muy pequeño, por lo que un mínimo cambio desequilibra los resultados.

Respecto a la toma de biopsia cabe destacar que en algunos casos de nuestro estudio, el resultado de la biopsia dio negativo debido a la falta de epitelio, esto se debe a que la biopsia se tomó de una zona totalmente ulcerada. Los resultados negativos son frecuentes en todos los estudios, esto puede deberse a que la GDC no esté relacionada con ninguna causa o enfermedad sistémica y se considere idiopática, pero también podría deberse a una toma o procesado incorrectos de la muestra de biopsia. Para evitar resultados en la biopsia que no aporten nada al diagnóstico, como la hiperplasia friccional, se debería evitar las zonas donde se pueda sospechar que podría haber trauma, ya sea por mordisqueo o por alguna arista de algún diente, material de restauración o prótesis. Esto ocurre principalmente en la mucosa yugal. También debe evitarse la encía marginal debido a la posibilidad de que el resultado sea inflamación debida a una gingivitis por bacterias del biofilm. Para evitar la posibilidad de que el resultado de la biopsia no esté relacionado con la GDC, el profesional debe realizar una correcta historia clínica, debe observar si hay alguna alteración en la posición o situación dentaria, en la oclusión, investigar si el paciente presenta algún hábito como el



mordiqueo de la mucosa yugal, evaluar la presencia de prótesis mal ajustadas, aristas en dientes o en restauraciones, y analizar el estado periodontal del paciente.

La biopsia debe abarcar parte de la lesión y tejido sano próximo para que pueda observarse el epitelio. Siempre hay que tener en cuenta las características clínicas, ya que nos orientarán sobre el diagnóstico y sobre la zona más correcta para realizar la toma de biopsia.

Para obtener unos resultados óptimos, el mejor procedimiento es realizar 3 biopsias, dos para estudios de inmunofluorescencia y una para la tinción con hematoxilina/eosina.

Para la IF se debe tomar una muestra del tejido perilesional y otra de mucosa intacta.

Para la tinción con hematoxilina/eosina la muestra debería ser de la lesión pero incluyendo siempre cierto margen de tejido sano. De este modo se conseguirá una mayor evidencia de cara al diagnóstico definitivo, y por lo tanto, una guía correcta para el tratamiento y pronóstico de la enfermedad.

Según los estudios revisados, la IFD es muy útil para el diagnóstico diferencial de las GDC y sobretodo de PBM y PV, mientras que la tinción con hematoxilina-eosina es de gran importancia para el diagnóstico del LPO y los casos negativos.

# CONCLUSIONES

---

La GDC es una patología muy poco frecuente en la clínica odontológica.

El cuadro de GDC que se presenta con mayor frecuencia es el LPO seguido de PBM y gingivitis por células plasmáticas, estas últimas están asociadas a pacientes adolescentes.

Existe una mayor prevalencia de GDC en pacientes de sexo femenino, y en pacientes con un rango de edad entre 40-60.

La GDC suele acompañarse de otras lesiones orales, principalmente en mucosa yugal.

Es necesario un examen clínico y anatomopatológico minucioso para poder realizar un diagnóstico definitivo correcto.

Se han descubierto numerosas condiciones sistémicas asociadas a la etiología de la GDC, sin embargo, todavía se describen casos de GDC idiopáticas.

# BIBLIOGRAFÍA

---

1. Lakshmanan S. Definitive and differential diagnosis of Desquamative Gingivitis through Direct Immunofluorescence studies. *Journal of periodontology* 2012 (unedited)
2. Armitage G. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol* 1999; 4: 1-6.
3. Stoopler E. Desquamative gingivitis: early presenting symptom of mucocutaneous disease. *Quintessence Int.* 2003; 34: 582-586.
4. Lo Russo L. Epidemiology of desquamative gingivitis: evaluation of 125 patient and review of the literature. *International Journal of Dermatology* 2009; 48: 1049–1052.
5. Leao JC. Desquamative gingivitis: retrospective analysis of disease associations of a large cohort. *Oral Diseases* 2008; 14: 556–560.
6. Lo Russo L. Diagnostic pathways and clinical significance of Desquamative Gingivitis. *Journal of Periodontology* 2008; 79: 4–24.
7. Lo Russo L. Effect of Desquamative gingivitis on periodontal status: a pilot study. *Oral Diseases* 2010; 16: 102–107.
8. Position Paper. Oral features of Mucocutaneous disorders. *J Periodontol* 2003; 74: 1545-1556.
9. Yih WY. Expression of estrogen receptors in desquamative gingivitis. *J Periodontol* 2000; 71: 482–487.
10. Vaillant L. Chronic desquamative gingivitis syndrome: retrospective analysis of 33 cases. *Ann Dermatol Venereol* 2000; 127: 381–387.
11. Yih WY. Analysis of desquamative gingivitis using direct immunofluorescence in conjunction with histology. *J Periodontol* 1998; 69: 678-685.

12. Markopoulos AK. Desquamative gingivitis: a clinical, histopathologic, and immunologic study. *Quintessence Int* 1996; 27: 763–767
13. Sklavounou A, Laskaris G. Frequency of desquamative gingivitis in skin diseases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1983; 56: 141–144.
14. Rogers RS. Desquamative gingivitis: clinical, histopathologic, immunopathologic, and therapeutic observations. *J Am Acad Dermatol* 1982; 7: 729–735.
15. Laskaris G. Bullous pemphigoid, cicatricial pemphigoid, and pemphigus vulgaris. A comparative clinical survey of 278 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1982; 54: 656–662.
16. Nisengard RJ, Neiders M. Desquamative lesions of the gingiva. *J Periodontol* 1981; 52: 500–510
17. Black M, Mignogna MD, Scully C. Number II. Pemphigus vulgaris. *Oral Dis* 2005; 11:119-130.
18. Farthing P, Bagán JV, Scully C. Mucosal disease series. Number IV. Erythema multiforme. *Oral Dis* 2005; 11: 261-267
19. Bermejo-Fenoll A, López-Jornet P. Liquefactive oral. Naturaleza, aspectos clínicos y tratamiento. *RCOE* 2004; 9(3):395-408.
20. Caballero J, Martínez-Sahuquillo A, Serrera MA, Gallardo I, Cobos MJ. Gingivitis de células plasmáticas. *DENTUM* 2006; 6(1):6-11.
21. Lorz Ulloa P, Riggioni Cordero O, Chavarría Bolaños D. Gingivitis de Células Plasmáticas: Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Publicación científica Facultad de Odontología UCR* 2006; 8: 72-76.
22. Milián-Masanet M. A. Penfigoides: puesta al día. *RCOE* 2004; 9(4): 429-434.

23. Bagan J, Lo Muzio L, Scully C. Mucosal disease series. Number III. Mucous membrane pemphigoid. *Oral Dis* 2005; 11: 197-218.