



PÉNFIGO VULGAR. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Autores:

Dr. Victor Ricardo Fernández.

Dra. Elena Soledad Ortiz Barreto.

Od. Esp. Jacqueline Roxana Du Bois Goitia.

Autor de correspondencia: Dr Victor Fernández mail: vrfernandez@odn.unne.edu.ar

Lugar: Facultad de Odontología de la U.N.N.E

RESUMEN: Se presenta un caso clínico de un paciente de 52 años de edad sexo masculino residente en la Ciudad de Corrientes. El examen clínico y estomatológico evidenció lesiones ampollares compatibles con Pénfigo Vulgar y los estudios complementarios inmunológicos, biopsia excisional confirmaron el diagnóstico presuntivo.

El Pénfigo Vulgar se encuentra enmarcada dentro de las patologías cuyas manifestaciones clínicas son las ampollas localizadas en piel y mucosas, con alta frecuencia en mucosa bucal. Es primordial que el estomatólogo realice diagnóstico precoz de las lesiones iniciales que se observan en cavidad bucal y poder realizar un tratamiento multidisciplinario.

PALABRAS CLAVE: enfermedad ampollar- mucosas-cutáneas-premonitorio en boca

INTRODUCCIÓN

El paciente ingresa a la consulta de atención privada, 52 años de edad, masculino cuyo domicilio es en Corrientes Capital. Fué fumador por 10 años de tabaco rubio, aproximadamente 20 cigarrillos por día. Dejó el hábito de fumar hace 5 años en promedio.

ESTADO ACTUAL: El individuo presentó lesiones cutáneas y mucosas, ala de la nariz, cuero cabelludo, mucosas bucal, labial y gingival. Las manifestaciones cutáneas del paciente abarcan las zonas anatómicas del cuero cabelludo, alas de la nariz, tabique nasal y espacio infraclavicular.

La ubicada en el cuero cabelludo en la línea media a la altura de la unión de ambos parietales se observa como una erosión en forma de C invertida hacia el hueso occipital. Con diámetro de 0,7 cm aproximadamente.



La lesión ubicada en el borde inferior del hueso propio de la nariz es una costra hemática, rojo parduzco, de 0,8 cm de diámetro, rodeada de un halo eritematoso.



La ubicada del lado derecho a 0,5 cm de la punta de la nariz, es una mácula de 0,5 cm de diámetro que en sus bordes posee una costra de 1mm.

La lesión ubicada en el ala de la nariz de lado izquierdo, a 2mm del surco nasogeniano, Mácula redondeada de 1,5 cm de diámetro, en su polo superior posee una costra hemática parduzca semilunar de 3mm de ancho.

A 5 cm del borde basilar de la mandíbula a la altura de los premolares se evidencia una mácula con erosión, ovalada, de 3mm de diámetro cuyo borde superior posee vestigios de una costra.

Al evertir el labio superior observamos una ampolla ubicada en el espacio interdentario de 21 y 22, ovalada, de 4mm de diámetro, que liberó su contenido, dejando residuos de su techo y zonas erosivas. También una ampolla ubicada a nivel del 23, redondeada, cuyo tamaño oscila en 4mm de diámetro, hacia mesial y distal vestigios del techo de la ampolla y en el centro zonas erosivas.



Al evertir el labio inferior en fondo de surco evidenciamos múltiples ampollas desde la pieza dentaria 34 a 44, con zonas hiperqueratósicas, blanquecinas. A nivel de la línea media dos ampollas que confluyeron. La ubicada a 2mm de la línea de Klein es ovalada, con su eje mayor sobre la línea media, de 1,5 cm, posee su techo, pero liberó su contenido, con una zona rojiza en su mitad mesial. La segunda ampolla se dispone a 45 grados respecto al fondo de surco, tiene forma de triángulo escaleno con su base mayor hacia la línea de Klein. La base mayor presenta en una zona el techo de la ampolla y hacia la semimucosa una zona erosiva de 3mm.



A la inspección intraoral se observa en ambas mucosas yugales erosiones e hiperqueratosis múltiples.

En la mucosa yugal izquierda en el tercio posterior y medio, se observa una hiperqueratosis a nivel de la línea de oclusión, es lineal de 1mm de ancho, en el hemisferio superior se observa una erosión sanguinolenta redondeada de 3mm de diámetro y en el hemisferio inferior una erosión sanguinolenta redondeada de 4 mm de diámetro.

En el espacio retrocomisural dos manchas parduzcas, la anterior ovalada de 2mm de diámetro, ligeramente amarillada, la posterior redondeada, de 3,5 mm de diámetro con un punto central

negruzco.

En el hemisferio inferior se evidencia una ampolla ovalada cuyo eje mayor es vertical, de 3mm con una zona estrecha en la mitad de la lesión, sin halo eritematoso, con el techo intacto.



Del lado derecho, se presenta la mucosa yugal en sus tres tercios con traumatismo, a nivel de la línea de oclusión se evidencia una demarcada línea y hacia el tercio posterior de la cavidad bucal, por detrás del espacio retromolar, en paladar blando erosiones múltiples.



En Paladar duro se presenta con coloraciones blanquecinas que rodean a la encía marginal de las piezas dentarias 44 y 46.

En Piso de boca se observan múltiples hiperqueratosis blanquecinas. También a ambos lados del frenillo lingual en la cara ventral de la lengua, zonas eritematosas. De lado derecho se acentúan las hiperqueratosis.

DISCUSION:

La enfermedad autoinmune de PV con predominio de lesiones mucosas están presentes autoanticuerpos contra Dsg3 (desmogleína); mientras que en el de afección mucocutánea se encuentran anticuerpos anti-Dsg1 y anti-Dsg3. En contraste, las ampollas flácidas encontradas únicamente en la piel de pacientes con pénfigo foliáceo están ocasionadas por la existencia de autoanticuerpos anti-Dsg1. ^{1,2}



En un estudio publicado por Scully y cols en 1999, se determina que una cuarta parte de los pacientes con lesiones en la cavidad oral desarrollan, en el transcurso del tiempo, lesiones en la piel, que llegan a manifestarse meses o años tras las lesiones intraorales ⁷.

El caso clínico presentado evidenció lesiones bucales previo a las lesiones cutáneas aproximadamente 2 años. Podemos concluir que el Pénfigo vulgar requiere un tratamiento multidisciplinario en que el rol del estomatólogo es primordial para diagnosticar precozmente la enfermedad y poder paliar la sintomatología del enfermo.

Declaración de conflicto de intereses: no existen Fuentes de financiamiento: propias

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

- 1- Spindler V, Waschke J. Pemphigus-A disease of desmosome dysfunction caused by multiple mechanisms. *Front Immunol* 2018 Feb 1;9:136. doi: 10.3389/fimmu.2018.00136. [[Links](#)]
- 2- Bascones MA, Llanes MF. *Medicina bucal*. Madrid: Ediciones Avances Médico- Dentales; 1991.
- 3- Martel P, Joly P. Pemphigus: autoimmune diseases of keratinocyte's adhesion molecules. *Clin Dermatol*. 2001; 19 (6): 662-674.
- 4- Venugopal SS, Murrell DF. Diagnosis and clinical features of pemphigus vulgaris. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2012; 32: 233-243.
- 5- Sciubba JJ. Oral mucosal diseases in the office setting. Part II: oral lichen planus, pemphigus vulgaris, and mucosal pemphigoid. *Gen Dent*. 2007; 55: 464-476.
- 6- Scully C, Paes De Almeida O, Porter SR, Gilkes JJ. Pemphigus vulgaris: the manifestations and long-term management of 55 patients with oral lesions. *Br J Dermatol*. 1999; 140: 84-89.
- 7- Bascones-Martínez A, Figuero-Ruiz E, Esparzo-Gómez G. Úlceras orales. *Med Clin*. 2005; 125 (15): 590-597.
- 8- Bermejo-Fenoll A, López-Jornet P. Diagnóstico de las enfermedades vesiculares y ampollares de la mucosa bucal: desórdenes de la cohesión intraepitelial y de la unión epiteliocnectiva. *Med Oral*. 1996; 1: 24-43
- 9- Fernández VR et al. Manifestaciones bucales y cutáneas del pénfigo vulgar. *Rev ADM*. 2016;73(1):28-32. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=63986>