

PATOLOGIA DEL PENFIGO BUCAL *

Dr. Nelson Delgado Camejo **

Palabras clave: Pemfigo bucal

INTRODUCCION

El pénfigo, probablemente de origen inmunológico (autoinmune), pertenece a un grupo de enfermedades que se titulan vesiculosas o ampollosas. Entran en este grupo también, el penfigoide ampolloso y la dermatitis herpetiforme, que son de menor gravedad, aunque pueden determinar dolor intenso así como manifestaciones sistémicas.⁽¹⁾

Si bien tienen caracteres clínicos distintivos, comparten sin embargo una serie de cambios histológicos y probablemente patogénicos.

En muchas dermatosis de tipo virósico,⁽²⁾ en el impétigo, en la dermatitis exzematosa, en el eritema multiforme así como en lesiones causadas por agentes mecánicos, térmicos o químicos pueden también presentarse en extensión variable lesiones vesiculares o ampollosas. (Ver figuras esquemáticas A-B-C).

CARACTERES CLINICOS

Clásicamente, se describen cuatro tipos de pénfigo: el pénfigo vulgar, el pénfigo vegetante, el pénfigo foliáceo y el pénfigo eritematoso⁽³⁾. El más frecuente y de mayor importancia diagnóstica es el pénfigo vulgar.

El pénfigo vulgar se presenta más frecuentemente en individuos entre los 40 y 60 años de edad, comúnmente iniciándose por una erupción vesicular pequeña en la mucosa bucal o en la nasal, y menos frecuentemente en la piel.⁽⁴⁾

Si bien las lesiones pueden extenderse a otras partes del cuerpo, son más propensas a ser afectadas las membranas mucosas y la piel que son friccionadas o traumatizadas.⁽⁵⁾

La mucosa bucal, es a menudo el lugar primario de iniciación, pero al igual que en la piel, las ampollas rápidamente rupturan formando múltiples erosiones que se extienden progresivamente.⁽⁶⁾

Allen afirma:⁽⁴⁾ "es el odontólogo atento que puede hacer el diagnóstico original de un pénfigo, diagnóstico que puede ser escépticamente tomado ya que la piel puede presentarse en esos momentos, completamente normal.

Muchos pacientes pueden presentar tanto lesiones bucales como cutáneas,

* Trabajo realizado en la Cátedra de Anatomía Patológica. Facultad de Odontología de Montevideo.

** Profesor Adjunto de Anatomía Patológica.

pero las lesiones bucales pueden preceder, a veces por un período considerable, a las lesiones de la piel.

Las erosiones mucosas, son frecuentemente sensibles y en ocasiones tan dolorosas como para incapacitar al paciente en su alimentación. Sangran fácilmente, la salivación puede ser abundante y el mal aliento intenso. A veces, pueden quedar desnudas extensas superficies de la piel o de las mucosas, lo que resulta en serios problemas en el balance electrolítico, semejantes a los que ocurren en individuos con extensas quemaduras.⁽²⁾

El signo de Nikolsky, comprende la formación ampollosa inducida por una presión firme y deslizante sobre la piel o sobre la mucosa mediante un dedo recubierto con gasa.⁽⁶⁾ Si bien este signo es una característica del pénfigo, puede ser ocasionalmente positivo también en la gingivitis (gingivitis descamativa).

Un diagnóstico puede ser posible tomando como base los síntomas locales, pero a veces es necesario recurrir a estudios histológicos, citológicos e inmunológicos.

CARACTERES HISTOLOGICOS

El cambio más precoz es la presencia de edema intercelular en la parte inferior del revestimiento epitelial. (Fig. 5). Luego se sucede una pérdida de los puentes intercelulares con disminución de la cohesión celular (acantolisis) (Figs. 2, 4, 10) y la formación de hendeduras centro epiteliales y supra basales rellenas de líquido y de células acantolíticas redondeadas. (Figs. 1, 2). Estos hechos

constituyen lo más característico del pénfigo.

Debe recordarse, que la acantolisis puede presentarse también en el impétigo, en el herpes simplex y zoster, aunque éstas afecciones son comúnmente fáciles de diferenciar por sus caracteres clínicos e histológicos.

La pérdida de cohesividad o acantolisis, resulta en la presencia de grupos celulares residiendo libremente dentro del espacio vesicular. Son las denominadas "células de Tzanck", (Fig. 3) y resultan de cambios degenerativos con tumefacción e hiperromatismo nuclear (células epiteliales "balonizadas").

Las células basales pueden quedar separadas entre sí, aunque permaneciendo insertadas al tejido conjuntivo, dando la figura en "fila de lápidas". (Figs. 6, 9).

El techo de la vesícula, puede estar ausente, ya que su desprendimiento es muy común durante la toma biopsica. (Figs. 7, 8).

La inflamación en el tejido conjuntivo puede ser leve (Fig. 11) aunque ella es prominente (Fig. 12) en las lesiones bien desarrolladas, debido a la infección secundaria que casi siempre sobreviene.

(El estudio histológico realizado, estuvo basado en un caso de lesiones bucales de pénfigo remitido al laboratorio por el Prof. Dr. Jaime Grunberg.)

Anticuerpos y estudio inmuno-fluorescentes

En el pénfigo, se encuentran en la sustancia intercelular epitelial anticuerpos séricos dirigidos contra antígenos, los que se pueden poner en evidencia

con la aplicación de técnicas inmuno-fluorescentes. Hay evidencias de que dichos anticuerpos son la causa de la acantolisis. (1,6,7)

Utilizando piel o mucosa como substrato, las técnicas inmuno-fluorescentes demuestran inmunoglobulina y complemento localizados entre las células tanto en la piel como en las mucosas de todos los pacientes con enfermedad activa. Además el suero del paciente con su contenido de anticuerpos, reacciona en los espacios intercelulares cuando se pone en contacto con la propia piel o mucosa no afectada de paciente. (7)

En la técnica directa de inmuno-fluorescencia, un espécimen biopsico de la mucosa bucal del paciente puede ser incubado con fluorescina marcada con IgG del suero del paciente. En el "test" positivo la inmunoglobulina inmuno-fluorescente se ubicará alrededor de las células. (6)

Hay también una correlación directa entre la tasa de anticuerpos séricos y la severidad del pénfigo, encontrándose evidencias del sistema complemento con el líquido vesiculoso. (3)

Finalmente, tanto los esteroides como las drogas supresivas, no solamente producen una reversión de las lesiones sino también una disminución en el título de anticuerpos. (6)

TRATAMIENTO

Previo a la era de la terapia córtico-esteroide, se producía un desenlace fatal en el término de un año, debido a una infección secundaria o a un desequilibrio electrolítico.

Con el advenimiento de la terapia córtico-esteroide, el curso del pénfigo se a vuelto más crónico y la mortalidad reducida a un 40%. (1,2,3)

RESUMEN

Las lesiones bucales, en un caso de pénfigo, nos dio la oportunidad del estudio no sólo histológico sino también de otros aspectos importantes de su patología específica.

SUMMARY

Oral lesions in one case of pemphigus gave us the opportunity to study not only about the histological view but over others important facts also of its specific pathology.

BIBLIOGRAFIA

1. ROBBINS, S.L. Pathology Basic of Disease. Philadelphia: Saunders, 1979.
2. LEVER, W.F. Histopathology of the Skin. Philadelphia: Lippincott, 1975.
3. SHAFER, W.G. A Textbook of Oral Pathology. Philadelphia: Saunders, 1974.
4. ALLEN, A.C. A Clinicopathologic Treatise. St. Louis: Mosby, 1954.
5. SPONGE, J.D. Patología bucal. B.A.: Mundi, 1977.
6. TYLDESLEY, W.R. A Colour Atlas of Oral Medicine. Chicago: Yearbook Medical Publishers, 1978.
7. HASHIMOTO, K. Electron Microscopy and Histochemistry of Pemphigus and Pemphigoides. *Oral Surg.* 33: 206-209, 1972.

Fig. A - Vesícula sub-corneal, siendo su techo el estrato córneo (impétigo o pénfigo foliáceo).

Fig. B - Vesícula supra-basal, estando su techo formado por parte del estrato espinoso y el estrato córneo (pénfigo vulgar).

Fig. C - Vesícula sub-epitelial en que todo el estrato epitelio está separado del tejido conjuntivo (penfigoide ampolloso y dermatitis herpetiforme).

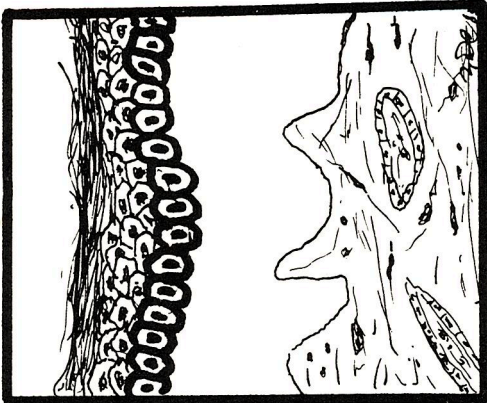


Fig. C

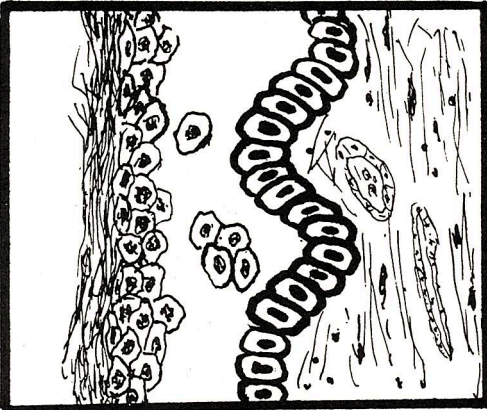


Fig. B

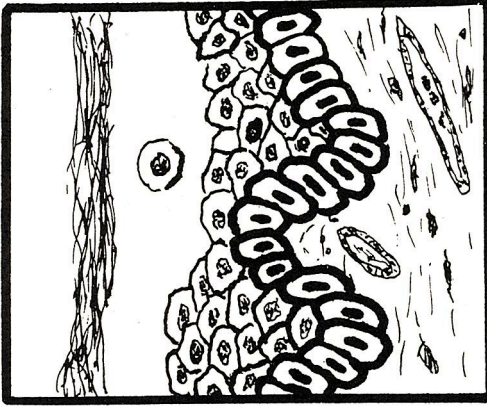


Fig. A

Fig. 1 - Hendedura vesicular suprabasilar y "baloneamiento celular".

Fig. 2 - Son evidentes tanto la acantolisis como la iniciación en la formación de células de Tzanck.

Fig. 3 - Vesícula con hematíes y una característica célula de Tzanck.

Fig. 4 - Acantolisis y formación inicial vesicular.

Fig. 5 - Edema intercelular en la parte más baja del revestimiento malpighiano.

Fig. 6 - Formación parcial del patrón en "hilera de lápidas".

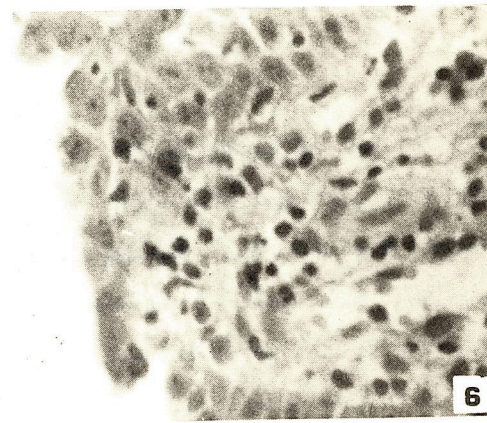
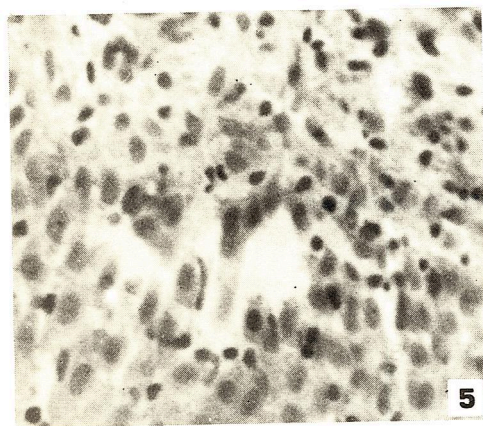
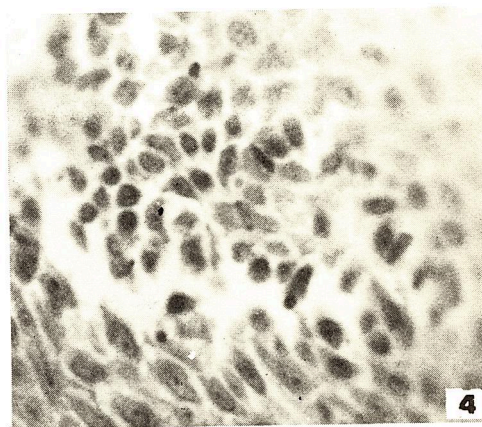
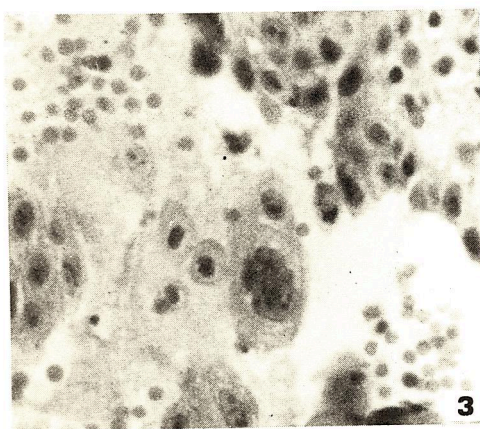
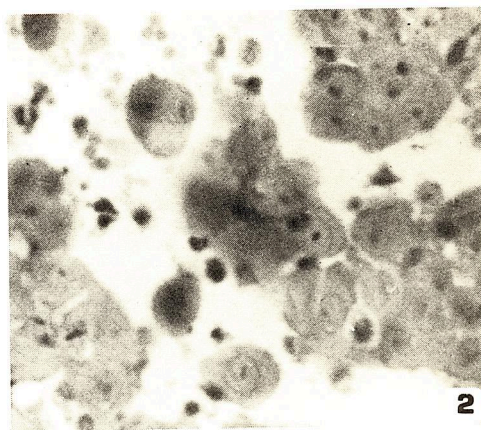
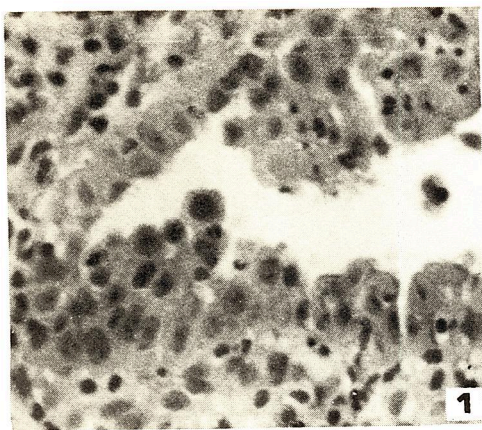


Fig. 7 - Techo vesicular desprendido.

Fig. 8 - Irregular techo de la vesícula con soluciones de continuidad.

Fig. 9 - Evidente patrón en "hilera de lápidas".

Fig. 10 - Vesícula enteramente suprabasilar.

Fig. 11 - Leve reacción inflamatoria del tejido conectivo.

Fig. 12 - Intensa infiltración linfo-plasmocitaria e histiocitaria en la región conjuntiva papilar.

