

MANIFESTACIONES PERIODONTALES DE TRASTORNOS MUCOCUTÁNEOS (PSORIASIS). REPORTE DE CASO.

Lorena Dávila-Barrios** • Lizbeth Sosa ** • Johelsy Infante*
Susana del V. Arteaga-Atuve ** • María F. Palacios-Sanchez *

*Cátedra de Periodoncia. Departamento de Medicina Oral. **Grupo de Investigación en Bioseguridad. Facultad de Odontología Universidad de Los Andes. Mérida-Venezuela. E-mail: lissosa25@gmail.com

RESUMEN

La psoriasis es una enfermedad mucocutánea inflamatoria crónica que afecta al 2 % de la población. Las lesiones cutáneas son placas eritematosas localizadas o pápulas generalizadas cubiertas con escamas blancas hiperqueratósicas, pero las bucales son lesiones eritematosas irregulares con bordes blancos elevados, ulceraciones, similares a gingivitis descamativa. Puede ser asintomática u ocasionar dolor, ardor y sensación de aspereza. De etiología desconocida. El objetivo es aportar evidencias clínicas sobre las manifestaciones periodontales de pacientes con psoriasis, y se reporta un caso clínico de un paciente masculino de 62 años, que presentó ante la anamnesis diagnóstico médico de psoriasis, controlado sistémicamente y con presencia de manifestaciones bucales, se trató con terapia mecánica periodontal y uso de antisépticos locales. Al cumplirse los 2 meses de reevaluación se observó características clínicas normales de los tejidos periodontales. Se concluyó que las lesiones bucales pueden presentar remisión espontánea o responder frente a la terapia sistémica, a la terapia con corticosteroides tópicos, enjuagues bucales o paliativos. Un diagnóstico y tratamiento acertado que incluya un correcto control de placa dental en pacientes con psoriasis permiten controlar la enfermedad periodontal y reducir la aparición de lesiones severas.

Palabras clave: psoriasis, manifestaciones orales, desorden mucocutáneo.

PERIODONTAL MANIFESTATIONS OF MUCOCUTANEOUS DISORDERS (PSORIASIS). A CASE REPORT.

ABSTRACT

Psoriasis is a chronic inflammatory mucocutaneous disease that affects 2% of the population. Cutaneous lesions appear as erythematous plaques localized or generalized papules covered with white scales hyperkeratotic, oral manifestations and irregular erythematous lesions with elevated white borders, ulcerations and desquamative gingivitis. It may be asymptomatic or cause pain, burning and sensation of roughness. Its etiology is unknown, although the interaction between the immune system and environmental factors may activate T cells skin, epidermal keratinocytes, with increased cytokine and tumor necrosis factor (TNF). The objective is to provide clinical evidence on the periodontal manifestations of patients with psoriasis, and reports a clinical case of a 62 year old male patient, who filed the anamnesis medical diagnosis of psoriasis, controlled syste-

mically and presence of oral manifestations, was treated with mechanical therapy, periodontal and use of local antiseptics. At the end of 2 months of reassessment was a normal clinical characteristic of periodontal tissues. It was concluded that the oral lesions can present spontaneous remission or respond to systemic therapy, topical corticosteroids, mouthwash buccal or palliative therapy. Diagnosis and successful treatment that includes a proper control of dental plaque in patients with psoriasis allow control periodontal disease and reduce the appearance of severe injuries.

Key words: psoriasis, oral manifestations, mucocutaneous disorder

Introducción

La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel que evoluciona en forma de brotes, causando descamación cutánea e inflamación, con presencia o no de dolor, produciendo parches o placas de piel gruesa, enrojecida o con escamas; afecta aproximadamente al 2 % de la población mundial, parece afectar ambos géneros equitativamente, siendo más frecuente en las mujeres y más prevalente en los caucásicos, en edades comprendidas entre los 41 y 51 años. La prevalencia entre los distintos grupos raciales es similar, la raza no parece ser un factor de riesgo (5,6).

La etiología de la psoriasis se desconoce, alrededor de un tercio de las personas con psoriasis informa de los antecedentes familiares de la enfermedad, adicionalmente algunas investigaciones han identificado *locus* genéticos asociados con la enfermedad. Estos hallazgos sugieren tanto una predisposición genética y una respuesta ambiental en el desarrollo de la psoriasis, en la cual la interacción entre el sistema inmune y factores ambientales, pueden activar a los linfocitos T cutáneos y queratinocitos de la epidermis, con aumento de citoquinas y factor de necrosis tumoral (TNF) (1,4).

Manifestaciones clínicas

Según el Consenso Nacional de psoriasis de Argentina en el año 2009, se establece que

la mayoría de los tipos de psoriasis pasan por ciclos, las manifestaciones clínicas aparecen en unas pocas semanas o meses y luego pueden ir desapareciendo progresivamente o incluso entran en remisión completa (7).

Existen varios tipos de psoriasis y las manifestaciones clínicas de cada una son diferentes, por lo que se han clasificado de acuerdo a su localización y la sintomatología en:

- **Psoriasis en placas.** Es la forma más común. La psoriasis en placas secas provoca grandes lesiones y piel roja cubierta de escamas plateadas (placas). Las placas pueden producir prurito o pueden ser dolorosas, aparecen en cualquier parte del cuerpo, incluyendo los genitales y el tejido blando en el interior de la boca. Puede darse el caso de que se tengan solo unas pocas placas o muchas y en casos graves, la piel alrededor de sus articulaciones puede agrietarse y sangrar (7).
- **Psoriasis en uñas.** La psoriasis puede afectar a las uñas de manos y pies, causando prurito, un crecimiento anormal de uñas y su decoloración, las uñas pueden aflojarse y separarse del lecho ungueal (7).
- **Psoriasis del cuero cabelludo.** Aparece como áreas rojas que ocasionan prurito, presentan escamas de color blanco platea-

do. Puede formar escamas de piel muerta en el pelo o en los hombros, sobre todo después de rascarse la cabeza (7).

- **Psoriasis gotosa.** Afecta principalmente a personas menores de 30 años y generalmente se desencadena por una infección bacteriana, como la faringitis estreptocócica. Se caracteriza por pequeñas gotas en forma de llagas en el tronco, los brazos, las piernas y el cuero cabelludo. Las llagas son cubiertas por una escala fina y no son tan gruesas como en el caso de las psoriasis en placas. Se puede tener un brote único que desaparece espontáneamente, o con episodios a repetición, sobre todo si tienen infecciones respiratorias (7).
- **La psoriasis inversa.** Principalmente afecta a la piel de las axilas, la ingle, debajo de los senos y alrededor de los genitales. La psoriasis inversa ocasiona parches lisos de piel roja, inflamada. Es más común en personas con sobrepeso, se agrava por la fricción y la sudoración (7).
- **Psoriasis pustulosa.** Esta forma poco frecuente puede aparecer en forma de parches generalizados o en áreas más pequeñas en las manos, los pies o los dedos. Por lo general, se desarrolla rápidamente, con ampollas llenas de pus que aparecen pocas horas después de que la piel se vuelve roja y sensible. Las ampollas secas desaparecen en un día o dos, pero pueden volver a aparecer en pocos días o semanas. La psoriasis pustulosa generalizada también puede causar fiebre, escalofríos, prurito severo y fatiga (7).
- **Psoriasis eritrodérmica.** El tipo menos común de psoriasis, puede cubrir todo el cuerpo con una erupción de color rojo y descamación que puede ocasionar prurito intenso, causando ardor. Puede ser provocada por quemaduras solares seve-

ras, por los corticosteroides y otros medicamentos, o por otro tipo de psoriasis que no esté bien controlada (7).

- **La artritis psoriásica.** Además de la piel inflamada y escamosa, la artritis psoriásica produce uñas descoloridas y articulaciones dolorosas. También puede producir inflamación de los ojos, tal como la conjuntivitis (7).

Las manifestaciones bucales de la psoriasis son poco frecuentes y pueden verse de múltiples formas: pueden ir desde lesiones en placas blancas, grisáceas o amarillentas, y eritemas difusos de la mucosa o el paladar, a verdaderas ulceraciones y gingivitis descamativa. Las lesiones que afectan a la encía pueden comprometer el estado periodontal del paciente (12).

Otras manifestaciones clínicas en cavidad bucal es la queilitis angular, leucoplasia, eritroplasia, lesiones exofíticas, lesiones descamativas y candidiasis atrófica (10).

Diagnóstico diferencial de lesiones bucales

El diagnóstico diferencial de la psoriasis bucal se ha realizado con otras enfermedades de la cavidad bucal, como la glositis migratoria, la estomatitis geográfica, lengua fisurada y las lesiones orales del síndrome de Reiter (6). Específicamente con el síndrome de Reiter o artritis reactiva las lesiones bucales son similares, caracterizadas por la aparición de úlceras orales, la diferencia radica en el diagnóstico médico que lleve a cabo el reumatólogo a través de diversas pruebas como estudios de líquido sinovial, así como por la exploración clínica urogenital, visceral y articular (19).

Aunque se ha intentado relacionarla glositis migratoria con la psoriasis, estudios muestran resultados contradictorios en relación a ambas entidades (1,5); sin embargo, algunas investigaciones asocian a la psoriasis

con la glositis migratoria debido a que presentan características estomatológicas semejantes, de allí la importancia en realizar un adecuado examen clínico odontológico, dermatológico e histológico (13).

Esto se debe, a que las características microscópicas de la psoriasis están presentes en la glositis migratoria, en biopsias de tejido oral se ha observado finas capas de queratina y pequeñas porciones de epitelio con infiltrado de neutrófilos, las células inflamatorias frecuentemente producen microabscesos, llamados abscesos de Monro, de esta forma estos autores sugieren que la glositis migratoria pasa a ser una manifestación oral de la psoriasis (13).

Tratamiento

El tratamiento de la psoriasis depende de cada paciente y el tipo de la enfermedad que presente. A pesar de que no existe cura para esta enfermedad, sí se puede mantener totalmente controlada y en algunos casos, los síntomas (inflamación, enrojecimiento, descamación y prurito) no tienen por qué volver a aparecer (11).

1. Sustancias de uso tópico: Se pueden utilizar cremas, lociones, limpiadores y pomadas aplicadas en las zonas afectadas, suele ser el tratamiento de inicio de la mayoría de los psoriásicos.
 - Corticosteroides: entre los más comunes para la psoriasis leve y moderada. Son medicamentos que imitan la acción de ciertas hormonas que produce de forma natural el organismo.
 - Alquitrans: preparaciones basadas en alquitrans se han empleado durante siglos para tratar la psoriasis. Una de sus principales desventajas es el olor desagradable que desprenden.
 - Calcipotriol: es una forma sintética de la vitamina D, que se emplea en el tratamiento de la psoriasis leve o mo-

derada. No actúa de forma rápida, pero a largo plazo es eficaz para controlar la psoriasis. No se recomienda aplicar en la zona de la cara, donde puede causar irritación.

- Retinoides: derivados de la vitamina A. Suelen emplearse combinados con esteroides.
- Antralina: es eficaz en la psoriasis leve o moderada y no plantea efectos secundarios a largo plazo, pero puede ser irritante para la piel.
- Ácido salicílico: tratamiento complementario. Se emplea para eliminar las escamas de las placas de psoriasis y dejar preparada la piel para la aplicación de medicamentos de uso tópico (12).

A nivel bucal, puede emplearse gluconato de clorhexidina al 0,12% en conjunto con la terapia periodontal. Asimismo, se debe instruir al paciente acerca de las técnicas adecuadas de higiene bucal, apoyadas con el uso de antimicrobianos en enjuagues, así como también la eliminación de irritantes locales mediante tartrectomía, raspado y alisado radicular, así como hacer un seguimiento periodontal del paciente (11).

2. Fototerapia: Otro tratamiento consiste en la fototerapia, ya que el sol es beneficioso para este tipo de pacientes. Algunos pueden necesitar un refuerzo específico con luz ultravioleta artificial (rayos UVB) o una combinación de luz ultravioleta y medicaciones, denominada PUVA (Psoraleno junto con la exposición a luz ultravioleta UVA) también conocida como fotoquimioterapia; se toma el medicamento por vía oral o inyectada para potenciar los efectos de los UVA (11).
3. Fármacos sistémicos: normalmente de tipo oral, aunque también puede necesitar inyectables (11,12):

- Metotrexato: Suele ser muy efectivo en el tratamiento de la psoriasis, aunque dentro de sus efectos secundarios se encuentran las náuseas, fatiga, pérdida del apetito y aftas en la boca.
- Retinoides orales: (iostretinoína) son eficaces para algunos casos de psoriasis, pero actúan mejor en combinación con otros medicamentos. Son seguros en el tratamiento a largo plazo.
- Ciclosporina: controla el sistema inmunológico. Se emplea sólo si el resto de opciones han fallado. Es eficaz y de rápidos efectos, pero puede causar hipertensión y ocasionar daños en la función renal. No puede mantenerse esta medicación durante más de un año.

Metodología. Reporte de caso

Se presenta el caso de un paciente masculino de 62 años de edad, que refirió ante la anamnesis diagnóstico médico de psoriasis desde hace 5 años, a la interconsulta médica se verificó que se encontraba controlado con metotrexato de 2,5mg por vía oral, además refirió antecedentes de tabaquismo, presentando un grado de dependencia según el test de Fagerstrom de 5, considerado como dependencia media.

Al examen clínico periodontal presentó en maxilar superior biotipo II y en maxilar inferior biotipo III. Se observó en la encía áreas eritematosas y erosivas con aspecto edematoso en ambos maxilares, localizadas a nivel de papilas y margen gingival, y de forma difusa en paladar y zona lingual (figura 1). Al sondaje periodontal presento sacos periodontales de 4-8mm, hemorragia al sondaje, movilidad dental grado IV en el 27 y recesiones gingivales generalizadas (figura 2).

Adicionalmente el paciente presentó restauraciones defectuosas, líneas de fracturas de

esmalte, abrasión y atricción dental, con acúmulo abundante de placa y cálculo dental, registrándose un índice de O'leary de 70%.



Figura 1. Áreas eritematosas y erosivas con aspecto edematoso

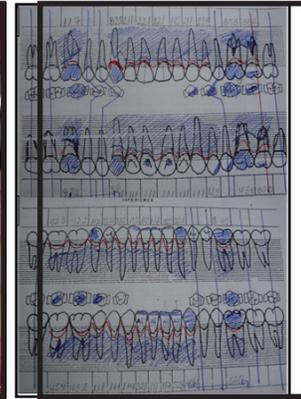


Figura 2. Periodontograma superior e inferior.

A nivel radiográfico, mediante un examen periapical completo con técnica paralela, se observó pérdida ósea generalizada, con borrosidad de la cortical ósea y ensanchamiento del espacio correspondiente al ligamento periodontal en sector anterosuperior y anteroinferior (Figura. 3).

Se diagnosticó una periodontitis crónica moderada inducida por placa dental asociada a un factor sistémico (psoriasis) y tabaquismo.

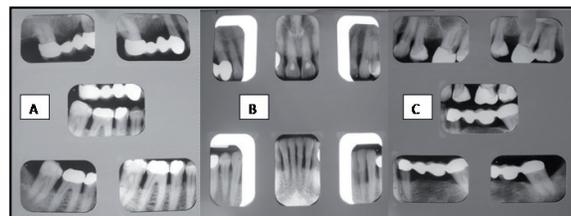


Figura 3. Examen radiográfico periapical, donde se observa pérdida ósea generalizada y ensanchamiento del espacio correspondiente al ligamento periodontal. (B) Zona Anterior superior e inferior; (A,C) Zona posterior superior e inferior.

Al paciente se le solicitaron exámenes paraclinicos (perfil hemático, renal, hepático, tiroideo, calcio y fósforo, anticuerpos para virus de hepato-

tis A,B,C y PCR, los cuales se encontraban normales y negativos según la prueba).El tratamiento consistió en una fase inicial que incluía controles de placa dental, enjuagues con clorhexidina, tar-trectomía, raspado y alisado radicular, profilaxis, exodoncia del 27, cesación tabáquica, férula oclusal, una fase de reevaluación y mantenimiento periodontal cada 2 meses. Como el paciente no refería ninguna sintomatología dolorosa no se consideró el uso de esteroides tópicos.

Resultados.

Al cumplirse los 2 y 5 meses, posteriores a la terapia mecánica del tratamiento periodontal y al control regular de placa dental, se llevó a cabo la reevaluación del caso, observándose características clínicas normales de los tejidos periodontales; las lesiones eritematosas presentes en la encía al inicio de la terapia, desaparecieron con el tratamiento periodontal convencional sin la necesidad de emplear algún corticoesteroide como terapia local. El sondaje periodontal registrado en la fase de mantenimiento se ubicó entre 1-2mm de profundidad y ausencia de hemorragia (Figura 4).



Figura 4. A los 5 meses luego del tratamiento periodontal, se conservan las características clínicas normales, con poca acumulación de placa dental.

Discusión

La existencia de verdaderas lesiones de psoriasis en la mucosa bucal aun es objeto de discusión. Los problemas en el diagnóstico de

psoriasis bucal se plantean porque es difícil hacer un diagnóstico clínico definitivo, además no se puede hacer ninguna distinción histológica entre la psoriasis bucal y otras enfermedades bucales como la lengua geográfica, la estomatitis geográfica, y las lesiones bucales del síndrome de Reiter. Coincidiendo con algunos autores en que el curso clínico de las lesiones bucales debe ser paralelo al de las lesiones en piel (15). La etiología, epidemiología y manifestación clínica de la enfermedad son variables tal y como lo muestra la tabla 1.

Las lesiones bucales pueden presentar remisión espontánea o responder frente a la terapia sistémica, a la terapia con corticosteroides tópicos, enjuagues bucales o paliativos; coincidiendo además con algunos autores que la higiene bucal meticulosa, el control de placa dental y de factores irritantes son indispensables (3). De igual manera se coincide con algunos autores en que los factores desencadenantes como ansiedad, stress, infecciones sistémicas, trastornos metabólicos y endocrinos pueden aumentar la gravedad y exacerbación de la enfermedad (14).

El diagnóstico diferencial con otras patologías debe tomarse en cuenta, coincidiendo con algunos estudios en realizar la toma de biopsia de las lesiones bucales (6), en las que histológicamente

Puede observarse un engrosamiento epitelial con crestas y una inflamación linfocítica crónica, los microabscesos intrapapilar son una presentación común en el epitelio junto con la migración de los leucocitos polimorfonucleares. Asimismo la realización de pruebas de inmunofluorescencia puede revelar inmunoreactantes en el estrato córneo del epitelio (4), así como de algunos antígenos leucocitario humano (HLA), pudiéndose encontrar dentro de los más frecuentemente asociados con psoriasis el B13, B17, B37, Cw4 y Cw6 (3,4,14,16) (6,15).

Aunque estas pruebas inmunológicas y el estudio histopatológico no se realizaron en

el presente reporte de caso, se confirmó con la interconsulta con el médico tratante, quien afirmó que el paciente estaba controlado, adicionalmente se solicitaron algunos exámenes paraclínicos que resultaron normales, por lo que las pruebas inmunológicas pueden ser recomendable indicarlas cuando las lesiones bucales persistan, se exacerben o que existan dudas en el diagnóstico médico.

Conclusión

Un diagnóstico y tratamiento acertado en pacientes con psoriasis permiten controlar la

enfermedad periodontal y reducir la aparición de lesiones severas; el tratamiento periodontal no difiere del tratamiento de cualquier paciente con gingivitis o periodontitis, siempre y cuando el paciente este controlado sistémicamente, por lo que la interconsulta con el médico tratante (en este caso el dermatólogo) es importante para mantener al paciente estable, asimismo, debe considerarse el control efectivo de la inflamación a través de citas de mantenimiento frecuentes, aunado al control de factores ambientales como stress, tabaquismo y dieta que pueden contribuir con una mejoría en estos pacientes.

Referencias

1. Ferrándiz C, Bordas X, García-Patos V, Puig S, Pujol R, Smandia A. Prevalence of psoriasis in Spain (Epiderma Project: phase I). *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2001; 15:20-3
2. Gelfand JM, Weinstein R, Porter SB, Neimann AL, Berlin JA, Margolis DJ. Prevalence and treatment of psoriasis in the United Kingdom: a population-based study. *Arch Dermatol* 2005; 141:1537-41
3. Position Paper. Oral Features of Mucocutaneous Disorders *J Periodontol* 2003; 74:1545-1556
4. Puig-Sanz L. La psoriasis, ¿una enfermedad sistémica? *Actas Dermosifiliogr.* 2007; 98:396-402
5. Kilikan R, Villarroel M, Jiménez C, Henning M. Lesiones bucales en pacientes con psoriasis: estudio descriptivo de 200 pacientes. Instituto de Investigaciones Odontológicas, Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela. *Ciencia Odontológica.* 2011;8 (2):120-125.
6. Dante M, Penha Marques M, Matthews R. Consideraciones en el diagnóstico de psoriasis oral: Presentación de un caso clínico. *Medicina oral patológica,* 2004;9(4). Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169844472004000400005&script=sci_arttext
7. Consenso Nacional de Psoriasis. *Dermatología Argentina.* 2005;15(3) Disponible en <http://dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/view/343/155>
8. Palacios B, Cerero R, Campo J, Esparza G. Alteraciones gingivales no relacionadas con placa. *RCOE.* 2006;11(1). Recuperado el 15 de julio de 2014 en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1138123x2006000100003&script=sci_arttext
9. Hernández F, Jaimes A, Urquiza M^a, Díaz M, Irigoyen M^a, Vega M^a, Mosqueda A. Prevalencia de lesiones bucales en pacientes con psoriasis. *Medicina oral, patología oral y cirugía bucal,* 2009;14 (1). Disponible en <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId=638583>
10. López S, Roa D, Sánchez María X, Tellez M, Velez I, Lafaurie G, Torres M. Manifestaciones orales de la psoriasis / Oral manifestations of the psoriasis. *Revista Científica de Bogotá.* 1998; 4(2):52-63

11. García L. Efectividad del tratamiento tópico con esteroides en enfermedades vesículo ampollares con signo de gingivitis descamativa. Universidad Central de Venezuela. Caracas. Disponible en <http://www.fundacioncarraro.org/revista-2007-n24-art1.php>
12. Briceño T. Terapéutica de la psoriasis. *Dermatología Venezolana*, 1996;34(3) Disponible en <http://svdcd.org.ve/revista/1996/03/DV-2-1996-20Psoriasis.pdf>
13. Neto L, Borba M, Figueiredo M, Cherubini K, Yurgel L. Relação entre língua geográfica e psoríase geographic-tongue and psoriasis relationship. *Rev. bras. patol. Oral* 2004;3(1):32-35.
14. Dimitrakopoulos I, Lazaridis N, Scordalaki A. Dermal psoriasis involving an oral split-skin graft. *Casereport. Aust-Dent J*. 1998;43(5):321-3.
15. Migliari DA, Penha SS, Marques MM, Matthews RW. Consideraciones en el diagnóstico de psoriasis oral: Presentación de un caso clínico. *Med Oral* 2004;9:300-3
16. Richardson LJ, Kratochvil FJ, Zieper MB: Unusual palatal presentation of oral psoriasis. *J Can Dent Assoc*, 2000;66: 80e 82
17. Lier G, Mrowietz U, Wolfart M, Warnke P, Wiltfang J, Springer I. Psoriasis of the tongue *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery* 2009;37:51-53
18. Bockelmann R, Neugebauer P, Paseban ND, Huttemann M, Gollnick H, Bonnekoh B. Suprabasal overexpression of the hsRPB7 gene in psoriatic epidermis as identified by a reverse transcriptase-polymerase chain reaction differential display model comparing psoriasis plaque tissue with peritonsillar mucosa. *Am J Pathol* 2001;158:367-372