

Las Ampollas, Desafiando la Integridad Membranosa: Pénfigo Vulgar y Penfigoide de las Membranas Mucosas

After the Blisters, Challenging Membranous Integrity:
Pemphigus Vulgaris and Mucous Membrane Pemphigoid

Eilien Tovío-Martínez¹; Laura Anaya-Guzmán²; Diana Rivera-Peñates³;
Samuel Urbano-del-Valle⁴ & Santiago Beuth-Ruiz⁵

TOVÍO-MARTÍNEZ, E.; ANAYA-GUZMÁN, L; RIVERA-PEÑATES, D.; URBANO-DEL-VALLE, S. & BEUTH-RUIZ, S. Las ampollas, desafiando la integridad membranosa: Pénfigo vulgar y penfigoide de las membranas mucosas. *Int. J. Odontostomat.*, 19(1):65-73, 2025.

RESUMEN: Las enfermedades autoinmunes son enfermedades en las que se desarrolla una respuesta inmune contra antígenos propios, afectando algunos órganos o mucosas. Algunas de estas enfermedades incluyen el penfigoide de las membranas mucosas, el pénfigo vulgar, el foliáceo y el paraneoplásico. El objetivo del estudio fue analizar las similitudes y diferencias entre el penfigoide de membranas mucosas y el pénfigo vulgar desde un punto de vista clínico e histológico para así determinar un diagnóstico y tratamiento adecuado. El estudio es retrospectivo y descriptivo basado en una serie de casos clínicos de pénfigo y penfigoide. Se recopilieron datos demográficos, características clínicas y se utilizaron diferentes métodos diagnósticos para corroborarlo, se registraron los tratamientos y la respuesta clínica, se realizaron evaluaciones de seguimiento para documentar la evolución de la enfermedad y los eventos adversos. El tratamiento instaurado fue efectivo para cada caso, eliminó las lesiones, mejorando la calidad de vida de los pacientes. Se utilizaron medicamentos y un enfoque integral para prevenir recurrencias. El bienestar físico y emocional mejoró con el tratamiento. El diagnóstico de las enfermedades ampollas autoinmunes se basa en hallazgos clínicos, histopatológicos e inmunológicos, además de las pruebas de inmunofluorescencia. El tratamiento involucra el uso de corticosteroides e inmunosupresores. Conocer estas herramientas diagnósticas es crucial para un manejo adecuado de los casos.

PALABRAS CLAVE: Enfermedades autoinmunes, penfigoide benigno de la membrana mucosa, pénfigo, Diagnóstico, histología; técnica del anticuerpo fluorescente indirecta, técnica del anticuerpo fluorescente directa.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades autoinmunes (EA) son patologías en las que se presenta una intolerancia inmunológica hacia autoantígenos específicos y otros componentes celulares, lo cual desencadena el desarrollo de lesiones a nivel de los órganos que las expresan (Thurman & Yapa, 2019). Entre estas afecciones se encuentra un conjunto de enfermedades conocidas como penfigoides, de las cuales el penfigoide de

las membranas mucosas (PMM) es un subtipo (Lucchese *et al.* 2021), de igual forma las relacionadas al pénfigo que presentan tres formas principales: pénfigo vulgar (PV), pénfigo foliáceo (PF) y pénfigo paraneoplásico (PP) (Buonavoglia *et al.* 2019).

El PMM es un trastorno ampolloso subepitelial poco frecuente, predominante de las membranas

¹ Odontóloga. Especialista en Estomatología y Cirugía Oral de la Universidad de Cartagena. Investigadora grupo GITOUC. Coordinadora de semilleros de investigación grupo GISCO, docente de la facultad de odontología, Institución Universitaria Visión de las Américas, Sede Medellín, Colombia. <https://orcid.org/0000-0003-3702-2791>

² Odontóloga, Joven investigadora del grupo GITOUC, Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-1729-8523>

³ Odontóloga, Joven investigadora del grupo GITOUC, Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-9885-1780>

⁴ Odontólogo. Especialista en Estomatología y Cirugía Oral de la Universidad de Cartagena. Investigador grupo GITOUC. Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial, Universidad de Antioquia, Colombia. <https://orcid.org/0000-0001-9591-1250>

⁵ Médico. Residente de Dermatología. Universidad de Antioquia. <https://orcid.org/0000-0003-0202-6020>

mucosas (Carey & Setterfield, 2019). Afecta la mucosa oral en un 85 % de los casos, la conjuntiva en un 65%, la piel en un 25-30 %, la zona anogenital y faríngea en un 20% y el esófago y la laringe en un 5-15 % (Valenzuela 2020) El PV se trata de una patología autoinmune mucocutánea y crónica que suele originar ampollas epidérmicas que comprometen, principalmente, la cavidad oral en un 50-70 % de los casos, cuando la enfermedad es más grave pueden verse afectados otros sitios como la conjuntiva, la vagina, el esófago, la nariz, el cuello uterino y el ano (Carvajal *et al.* 2019).

Por lo general el PMM afecta con mayor frecuencia a las personas mayores de 75 años, siendo dos veces más frecuente en el sexo femenino y sin una inclinación racial. Se ha descubierto que la incidencia anual de PMM varía entre 2,4 y 23,0 casos por millón de personas, pero aumenta exponencialmente en personas mayores de 80 años a 312 casos por millón de personas. Varios datos acumulados indican un aumento significativo en la incidencia de BP de 1,9 a 4,3 veces en las dos últimas décadas. Por otra parte, hasta el 70 % de los casos son de pénfigo vulgar. Las tasas de incidencia anual de PV oscilan entre 0,8 y 16,1 casos por millón de habitantes en diversas regiones, no tiene predilección por sexo, pero sí es más

frecuente en la población judía Askenazi, hindú y del Oriente Medio (González-Ruiz *et al.* 2019, Bieber *et al.* 2021)

Aunque actualmente no se conoce con exactitud la etiología del PMM, se asocia con ciertos haplotipos HLA de clase II, lo que se asocia con el componente genético de la patología. Múltiples estudios sugieren que un proceso inflamatorio primario provoca la exposición de antígenos de la membrana basal epitelial primeramente ocultos (antígenos del penfigoide buloso 1 y 2, laminina-5, colágeno tipo IV y otras proteínas epiteliales), induciendo la activación de células T reactivas, lo que conduce a una respuesta inmune secundaria en la que se da una producción de autoanticuerpos encaminados contra las moléculas específicas anteriormente mencionadas; lo que en última instancia se traduce en el desprendimiento del epitelio del tejido conectivo y, como consecuencia, en la formación de ampollas (Fig. 1A). Por otra parte, en el PV el mecanismo más aceptado para que se desarrolle la enfermedad implica que autoanticuerpos atacan las moléculas de adhesión de los queratinocitos intercelulares (estructura denominada desmosoma). En

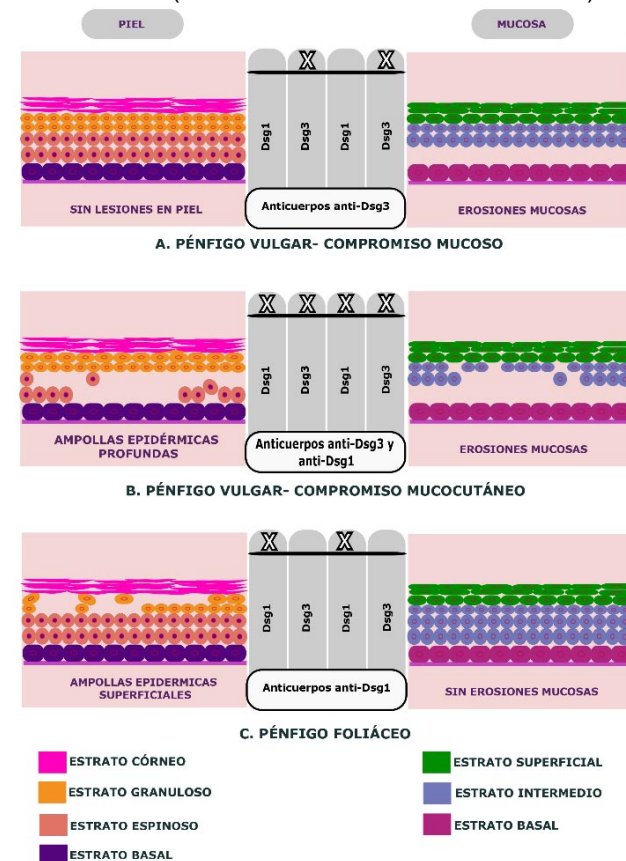
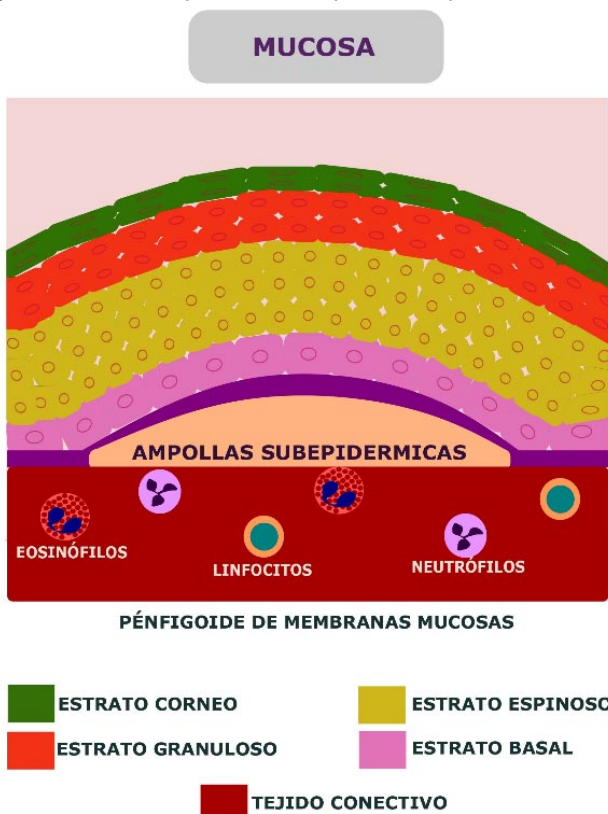


Fig. 1A. Mecanismo para la formación de ampollas en PMM.

Fig. 1B. Presentación esquemática que representa los autoanticuerpos en el PV.

el caso del PV predominantemente mucoso el blanco principal del autoanticuerpo es la desmogleína-3 (Dsg3) un componente de la familia de las cadherinas, de 130 kDa y en el caso del PV mucocutáneo, el objetivo es la desmogleína-1 (Dsg1) una proteína de 160 kDa y también la Dsg3. La unión antígeno- anticuerpo produce la pérdida de la adhesión intercelular, lo cual da como resultado la acantólisis epitelial y el desarrollo de ampollas (Magliocca & Fitzpatrick, 2017, Carmona *et al.* 2018) (Fig. 1B).

En cuanto a las manifestaciones clínicas en cavidad oral el PMM afecta principalmente la encía (en un 64 % de los casos), seguido por la mucosa bucal (58 %), el paladar (26 %), la lengua (15 %) y el labio inferior (7 %). Las lesiones producidas por el PMM en cavidad oral se presentan como erosiones y placas eritematosas recubiertas por pseudomembranas. Por lo general, las lesiones que están localizadas a nivel de la encía son descritas como gingivitis descamativa (Santi *et al.* 2019) Por el contrario, el PV inicia con lesiones orales en el 80 % de los casos que se presentan como vesículas flácidas asociadas con disfagia, gingivitis descamativa y úlceras localizadas de forma más frecuente a nivel de la mucosa palatina, lingual y labial. En casos avanzados se pueden observar lesiones en forma de ampollas o erosiones a nivel de la encía marginal y adherida (Kant *et al.* 2020).

Histológicamente el PMM se caracteriza por presentar una ruptura subepitelial acompañada de un infiltrado crónico inflamatorio en la lámina propia, mayormente compuesto por eosinófilos y neutrófilos (Urbano *et al.* 2021), con un leve aumento de los vasos dérmicos (Valenzuela *et al.*, 2020). Mientras que en el PV el hallazgo patognomónico es la ampolla intraepidérmica, en la que se pueden observar células inflamatorias producto de la ruptura de la unión celular normal, proceso que además conduce a una separación de los queratinocitos que se localizan sobre la capa de células basales (acantólisis). También se puede evidenciar inflamación adyacente escasa y en casos de pénfigo en etapas iniciales, la única característica histológica es la espongirosis eosinofílica (Di Lerna *et al.* 2020).

Para el diagnóstico del PMM se tienen en cuenta las manifestaciones clínicas que presenta el paciente, las características histopatológicas, así como inmunofluorescencia directa o indirecta, inmunoprecipitación o inmunoblot. Aunque el examen histopatológico es muy utilizado, este tiene limitantes, ya que el epitelio de los pacientes con esta patología tiene la

tendencia a moverse fácilmente provocando que la muestra sea inadecuada, además el almacenamiento de la muestra debe realizarse en soluciones diferentes al formol tamponado (solución salina al 0.9% y congelarse o en solución de Michel) (Buonavoglia *et al.* 2019, Ballester & Olasolo, 2022).

La inmunofluorescencia directa (IFD) permite, a través de muestras de la lesión o de las zonas periféricas de esta, identificar depósitos de anticuerpos IgG, C3 y en ocasiones IgA a nivel de la membrana basal (Carmona *et al.* 2018) Dado que los depósitos inmunes preceden a la aparición de acantólisis en el epitelio suprabasal, la inmunofluorescencia directa se considera más sensible que la histopatología convencional (Buonavoglia *et al.* 2019). La detección de estos depósitos inmunes establece la naturaleza autoinmune de la enfermedad (Carmona *et al.* 2018). De igual forma para el diagnóstico del PV la similitud con otros trastornos bullosos autoinmunes en cuanto a signos clínicos hace que el diagnóstico no sea posible únicamente con la valoración clínica lo que conlleva a realizar un diagnóstico con el cuadro clínico general, histopatología y una microscopia con inmunofluorescencia directa. Es de vital importancia mencionar que la inmunofluorescencia directa es la prueba diagnóstica más confiable y sensible al diagnosticar trastornos como el PV y el PPM en los que se presenta el depósito de anticuerpos en la superficie celular de los queratinocitos (en los pénfigos) o a lo largo de la membrana basal (en los penfigoides) (Di Lerna *et al.* 2020, Ballester & Olasolo, 2022, Yang *et al.* 2019).

El diagnóstico diferencial del PPM se hace principalmente con el pénfigo vulgar, el pénfigo paraneoplásico, el liquen plano, el eritema multiforme o la epidermólisis ampollosa (Carey & Setterfield, 2019). Mientras que en el PV se hace igualmente con el liquen plano ampollar, el eritema multiforme y, adicionalmente, con la dermatitis herpetiforme, el penfigoide de las membranas mucosas, el lupus eritematoso discoide y el penfigoide cicatricial (Santi *et al.* 2019).

En el tratamiento de PMM y PV el manejo multidisciplinario de ambas patologías es imprescindible ya que la presencia de múltiples lesiones a nivel sistémico requiere que varias especialidades médicas deban intervenir para dar un manejo preciso y conveniente para cada paciente (Urbano *et al.* 2021). Para el PMM la base del tratamiento son los corticoides tópicos orales de alta potencia, en los casos de com-

promiso oral extenso es necesario un tratamiento sistémico pertinente a cada paciente. Como tratamiento adicional se emplea la cirugía, debido a que esta ayuda a prevenir complicaciones asociadas a cicatrices, tales como la estenosis esofágica, de la vía aérea, anogenital e incluso la ceguera; dicho tratamiento ayuda a reestablecer la función y debe realizarse cuando la enfermedad se encuentre inactiva, mediante el uso de inmunosupresores para no empeorar el cuadro clínico. Otro tratamiento utilizado específicamente en lesiones orales es el láser de baja potencia con corticoides tópicos (Valenzuela *et al.*, 2020).

El paradigma tradicional para el tratamiento del PV se basa en la inmunosupresión sistémica con corticoides, al inicio del tratamiento también se pueden utilizar ahorradores de corticoesteroides y medicamentos biológicos como el rituximab. El manejo correcto de las comorbilidades del PV es indispensable para reducir la morbimortalidad relacionadas a la enfermedad (Di Lerna *et al.* 2020).

El objetivo del presente artículo es analizar las similitudes y diferencias entre el penfigoide de membranas mucosas y el pénfigo vulgar desde un punto de vista clínico e histológico para así poder determinar un diagnóstico y tratamiento adecuado.

MATERIAL Y METODO

Este es un estudio retrospectivo de tipo descriptivo, con datos recopilados a través de una serie de casos de pénfigo y penfigoide, en donde los pacientes seleccionados cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: diagnóstico confirmado de pénfigo o penfigoide, disponibilidad de datos clínicos y de laboratorio apropiados, con un mínimo de seis meses de seguimiento clínico. Se obtuvieron datos demográficos como edad, sexo e historial médico asociado, características clínicas que incluían distribución y características de las lesiones cutáneas y mucosas.

Los métodos de diagnóstico incluyen la biopsia de piel, el análisis histopatológico y los estudios de inmunofluorescencia directa e indirecta para detectar del depósito de anticuerpos. Se documentó el tratamiento con los fármacos utilizados, las dosis y la duración del tratamiento, la respuesta clínica y la resolución de la enfermedad. Además, se realizaron evaluaciones de seguimiento regulares para documentar la progresión de la enfermedad, la recurrencia de la lesión y los eventos adversos relacionados con el tratamiento.

Para tener claridad respecto al tratamiento llevado a cabo en cada uno de los pacientes, se hace importante tener en cuenta que las terapias se clasificaron en tres, siendo: manejo conservador, con glucocorticoides o combinado.

RESULTADOS

Paciente 1: Paciente femenina en la quinta década de vida, quien refiere que inmediatamente después de exodoncia de órgano dentario (OD) #31, presenta proceso infeccioso localizado a nivel de sector anteroinferior, motivo por el que profesional tratante instaura manejo antibiótico, ante la no resolución de éste acude al servicio de Estomatología, en donde al examen físico facial se observa sin alteraciones en tercio superior, en tercio medio presenta a nivel ocular oclusión bipalpebral bilateral completa, párpado superior con eritema y edema moderado, costras serohemáticas entre ambos párpados, al realizar apertura forzada se observa párpado inferior ulcerado con estigmas de sangrado y pérdida parcial de pestañas inferiores en región lateral; en tercio inferior a la oroscopia sin limitaciones a la apertura oral, ausencia clínica de OD # 31, recesión gingival entre OD #32 – 41, además de eritema gingival lineal que se extiende por todo el maxilar inferior tanto por encía adherida lingual como vestibular, a nivel de maxilar superior con mismas características de eritema gingival lineal, sin otras alteraciones en las demás mucosas, por todo ello se considera toma de biopsia, con resultados de penfigoide de membranas mucosas (Fig. 2).



Fig. 2. Lesiones eritematosas en mucosas ocular y oral resultado del penfigoide de membranas mucosas.

Se lleva a cabo manejo combinado que consistió en higiene oral con gasas húmedas con SSN al 0,9 %, en ausencia de éstas se indica posibilidad de utilizar cepillos dentales en dedal, además de uso de orabase en este caso compuesto por acetónido de fluocinolona a 0.05%, acetónido de triamcinolona a 0,1 % y propionato de clobetasol de 0,05-0,1%, por otra parte, se manejaron antisépticos, analgésicos tópicos y colutorios (dexametasona 8 mg/2ml diluida en 5 ml de agua destilada que debía mantener en cavidad oral por 5 min, enjuagues que se realizaba cada 4 h), en lo relacionado al manejo sistémico se inició con prednisona oral en dosis de 2 mg/kg al día.

Se efectuó un seguimiento estricto en el que se observó remisión total de las lesiones a los 8 días, posterior a ello se realizó seguimiento a los 30 días en el que no se evidenció recidiva alguna ni vestigios de las lesiones, en el control a los 6 meses acude a consulta por nuevo eritema gingival para lo que se hace cambio de dieta y colutorios, se presenta resolución y sin nuevas reincidencias 12 meses después, sin presentarse eventos adversos durante el tratamiento.

Paciente 2: Paciente femenina en la cuarta década de vida quien acude al servicio de Estomatología por presentar lesiones en sistema estomatognático de dos días de evolución, disfagia y disgeusia. Al examen físico sin alteraciones en tercio superior y medio, mucosas húmedas y conjuntivas rosadas, en tercio inferior en región perioral múltiples pústulas, en bermellón labial superior e inferior con úlceras cubiertas por pseudoplaque blanca que no desprende al raspado, halo eritematoso, con sintomatología dolorosa moderada a severa a la palpación, a la oroscopia se observa de manera bilateral en 1/3 posterior de mucosa yugal úlceras con mismas características previamente descritas para la mucosa labial, se lleva a cabo prueba de Nikolsky positiva, sin presentar otras alteraciones en sistema estomatognático, así mismo se evidencia en miembros superiores e inferiores la presencia de placas eritematosas erosionadas cubiertas por escamocostra, además de vesículas y ampollas flácidas con contenido seroso, por lo que se considera toma de biopsia cuyos resultados confirman la clínica de pénfigo vulgar (Fig. 3).

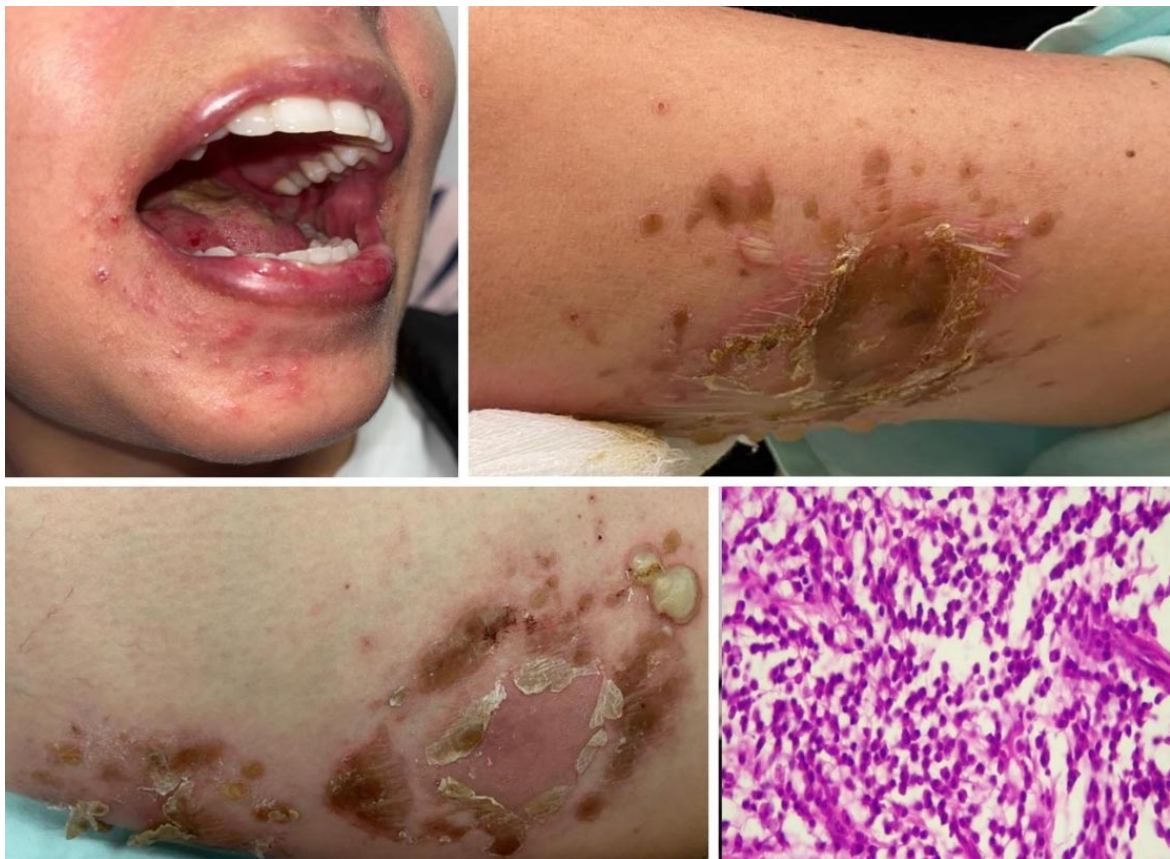


Fig. 3. Lesiones en mucosa oral y piel de pénfigo vulgar e histopatología que revela mucosa oral cuyo epitelio de revestimiento presenta una vesícula suprabasal, la cual contiene abundantes eritrocitos en su interior, con un ligero infiltrado inflamatorio crónico en el estroma subyacente.

Se procede a realizar un tratamiento combinado siguiendo las mismas pautas que el caso anterior, a diferencia del colutorio en el que se uso en esta ocasión betametasona en tabletas de 0.5 mg disueltas en 10 ml de SSN al 0.9% por 5 minutos cada 4 horas.

No se presentaron complicaciones o eventos adversos, sin embargo, hubo reincidencia de las lesiones después de un 45 días, por lo que se inició nuevamente el tratamiento con desaparición total de las lesiones, hasta 14 meses después de su último control.

Paciente 3: Paciente femenina en la sexta década de vida, quien refiere que desde hace aproximadamente una semana consultó a servicio particular de Odontología por sintomatología dolorosa a nivel de mucosas orales durante la masticación, motivo por el que la remiten al servicio de Estomatología, en donde se realiza el examen físico de la paciente sin alteraciones de tercio superior o medio, en tercio inferior con hirsutismo, en mucosa labial superior e inferior con costras serohemáticas, a la oroscopia con erosiones localizadas en mucosa labial inferior y mucosa yugal bilateral que se extienden en los tres tercios; se procede con toma de biopsia con resultados de histopatología de PMM (Fig. 4).

Se inicia tratamiento combinado con dieta blanda y fría las primeras 48 horas, crioterapia 4 veces al día durante una hora en intervalos de 10 minutos, aplicación de *Triticum vulgare* en toda la extensión de la cavidad oral cada 2 horas, sistémicamente se manejó con ciclofosfamida 2 mg/kg/día, su acción inicia de 2 a 4 semanas después del inicio, se observa grata mejoría de las lesiones a los 15 días y resolución completa a los 30 días, sin reincidencia de éstas en ninguno de los controles al mes, a los 6 meses y finalmente a los 18 meses.

No se presentaron eventos adversos, sin embargo, se hace la connotación del tiempo en el que tardan en desaparecer las lesiones que fue superior en comparación a los casos anteriores, aunque no se presentaron reincidencias de las lesiones.

Paciente 4: Paciente femenina en la tercera década de vida que acude a consulta particular de Estomatología refiriendo disfagia y disgeusia de tres días de evolución por sintomatología dolorosa a nivel de hemiarcada superior derecha e inferior ipsilateral, a la oroscopia se observa eritema gingival lineal que se extiende desde OD #21-14 y desde OD # 42-44, con presencia de Nikolsky positivo entre éstos últimos, con resultados de patología de PV (Fig. 5).



Fig. 5. Lesiones en encías adheridas bimaxilar con área de enrojecimiento o inflamación, en sistema estomatognático, con esfacelacion entre canino e incisivo inferior derecho producto de pénfigo vulgar.

Cabe resaltar que la histología es de suma importancia para el diagnóstico de las enfermedades ampollas autoinmunes, su utilidad está reflejada en



Fig. 4. Múltiples áreas de tejido erosionado o ulcerado con bordes irregulares, rodeadas por un halo eritematoso en cavidad oral relacionado con PMM.

la fisiopatogenia misma de estas enfermedades. Es así como en el pénfigo foliáceo y vulgar se encontrará la formación de ampollas subcórneas y suprabasales (por el autoataque de los anticuerpos a las desmogleínas 1 y 3, respectivamente). Por el contrario, en el penfigoide ampolloso, este ataque está localizado en la unión dermo-epidérmica o membrana basal, lo que explica la formación de una ampolla subepidérmica. Las técnicas de inmunofluorescencia, permiten identificar el depósito de autoanticuerpos (principalmente de tipo IgG) y del complemento (especialmente C3), en una forma lineal, a lo largo de la membrana basal. Es importante recordar, que, para el diagnóstico de estas entidades, deben tomarse dos muestras de tejido, una almacenada en formol tamponado para el estudio histopatológico con tinciones de hematoxilina-eosina y otra almacenada en solución salina al 0.9% congelada o en solución de Michel, para el estudio mediante las técnicas de inmunofluorescencia (Fig. 6).

Se instaura tratamiento conservador que consistió en dieta blanda, higiene oral estricta con cepillos dentales en dedal, además de uso de orabase compuesto por acetónido de fluocinolona a 0.05%,

acetónido de triamcinolona a 0.1% y propionato de clobetasol de 0.05-0.1% y aplicación de *Triticum vulgare* en toda la extensión de la boca cada 2 horas y xilocaína en jalea.

Se presentó resolución de las lesiones a los 10 días, no se presentaron reincidencias en ninguno de sus controles hasta los 14 meses y tampoco eventos adversos.

De acuerdo con los resultados obtenidos después del tratamiento, se confirmó la desaparición completa de las lesiones, demostrando la eficacia del tratamiento utilizado y mejorando la calidad de vida de los pacientes. Esto no solo tiene un efecto positivo en el cuerpo, sino que también contribuye al bienestar mental y emocional al eliminar el dolor y vulnerabilidad en las actividades cotidianas. Esto puede incluir el uso de medicamentos, como corticosteroides o glucocorticoides, inmunomoduladores o ciertos medicamentos biológicos para inhibir el sistema inmunitario. Sin embargo, es importante seguir un plan de tratamiento integral y tomar precauciones para reducir el riesgo de nuevas lesiones.

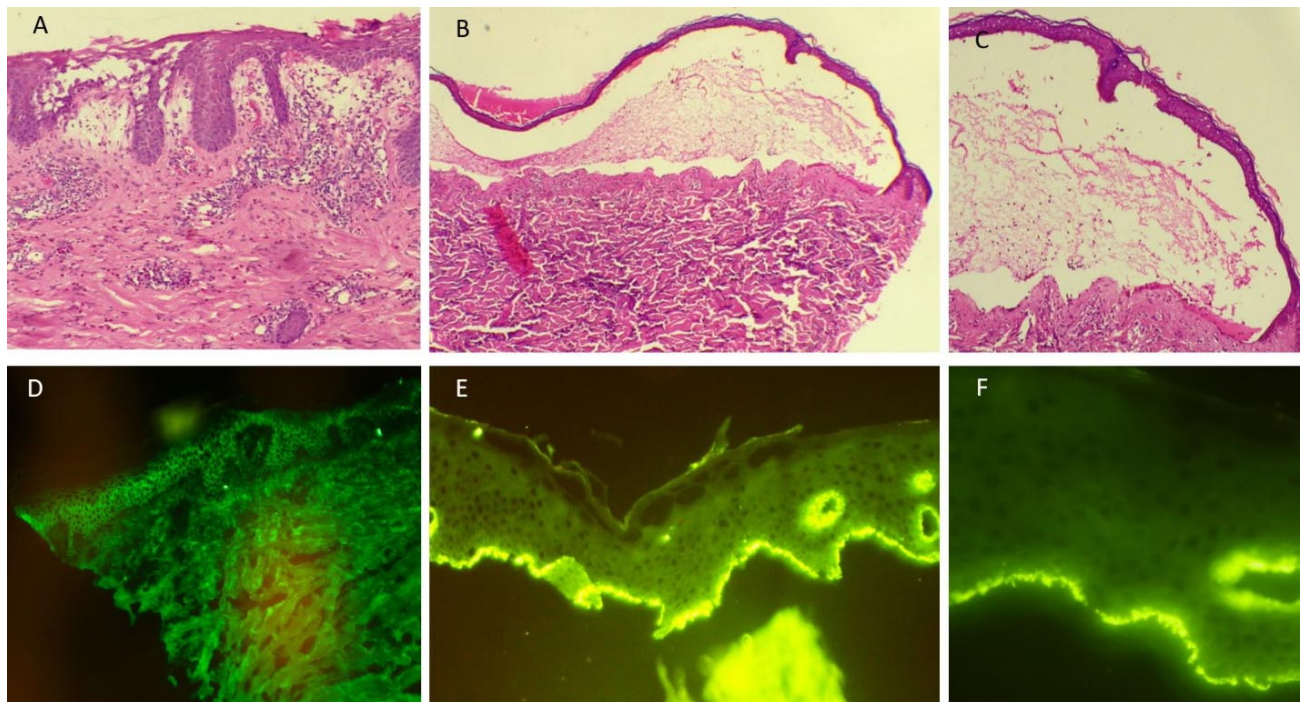


Fig. 6A. Pénfigo vulgar hematoxilina-eosina 10 x. Abundante infiltrado inflamatorio en dermis papilar y perivascular superior, con formación de ampolla suprabasal. Epidermis espongiótica. B. Penfigoide ampolloso hematoxilina-eosina 10 x. Ampolla subepidérmica con infiltrado inflamatorio mixto. C. Penfigoide ampolloso hematoxilina-eosina 40 x. Detalle de la ampolla subepidérmica, cuyo techo es la epidermis completa. D. IgG 10 x, corresponde a pénfigo vulgar. Se observa depósito intercelular de IgG de predominio en el tercio inferior de la epidermis. E. IgG lineal 1, corresponde a penfigoide ampolloso. Se observa depósito lineal de IgG en la unión dermoepidérmica. F. IgG lineal, corresponde a penfigoide ampolloso. Se observa depósito lineal de IgG en la unión dermoepidérmica.

DISCUSION

Conforme a Valenzuela *et al* en el 2020 el diagnóstico del PMM se basa en tres pilares: la presentación clínica, la histopatología y la IFD. Las lesiones ampollares (muchas veces ulceradas) cubiertas por una pseudomembrana en la mucosa oral (principalmente en las encías y el paladar) son la base del diagnóstico clínico y, ante la sospecha diagnóstica, es necesaria la toma de muestras para estudio histopatológico. Lo que concuerda con el presente artículo en el cual fueron fundamentales los hallazgos clínicos e histopatológicos.

Carmona *et al* en el 2022 presentaron un reporte de caso de PV en donde la sintomatología presentada por el paciente fue muy similar a los presentados en este artículo, en el que el paciente acude a consulta por presentar lesiones dolorosas, disfagia y disgeusia, además se realiza prueba de Nikolsky positiva dando diagnóstico de pénfigo vulgar, lo que coincide con nuestros casos con la diferencia que en los casos presentados en el presente manuscrito.

Boza *et al* en el 2019 reportaron el caso de una paciente femenina de 36 años con antecedente de síndrome de Sjögren y timoma, con diagnóstico de PMM cuyas lesiones erosivas pseudo-membranosas se limitaban a cavidad oral, específicamente, a nivel de mucosa yugal, mucosa labial, paladar, piso de boca, caras ventral y lateral de la lengua. Con los casos presentados en este artículo se encuentra una diferencia y es que los pacientes no presentaban comorbilidades ni antecedentes oncológicos y con el primer caso se diferencia en que en este la mucosa ocular también se encontraba afectada por las lesiones de PMM y no solo se encuentra limitado a cavidad oral como lo es en el tercer caso.

Ginzburg *et al.* (2022) expusieron un caso de PV como posible efecto adverso de vacunación contra COVID-19, en este caso de un paciente masculino de 59 años sin antecedentes médicos importantes que consultó por un cuadro clínico de 60 días de evolución de dermatosis en cuero cabelludo y estomatitis 15 días después de recibir vacuna Pfizer-BioNTech contra la COVID-19, se determinó el diagnóstico a través de múltiples estudios de histopatología, inmunofluorescencia directa, citodiagnóstico de Test de Tzanck (TT), entre otros, de igual forma se tuvieron en cuenta los signos clínicos. En el segundo y tercer caso de este artículo las

lesiones se limitaron a cavidad oral y no estaban asociadas, ni fueron presuntamente inducidas por la vacunación contra COVID-19 u otra patología.

Carey *et al* en el 2020 realizaron un estudio retrospectivo en el que examinaron 251 pacientes con penfigoide de las membranas mucosas (MMP) y 77 con pénfigo vulgar (PV) utilizando varios métodos de diagnóstico. Los resultados mostraron que la inmunofluorescencia directa (biopsia perilesional (PLB) y biopsia por punción bucal normal (NBPB)) y la histopatología fueron efectivas en el diagnóstico de ambas enfermedades con altas tasas positivas. La inmunofluorescencia indirecta (IFI) también fue útil, aunque con una tasa de positividad ligeramente inferior (Carey *et al.*, 2020). Estos resultados destacan la importancia de utilizar múltiples técnicas para diagnosticar con precisión las enfermedades autoinmunes de la piel y las mucosas.

CONCLUSION

El diagnóstico de las enfermedades vesiculoampollosas se basa en la combinación de hallazgos clínicos, histopatológicos e inmunológicos, dentro de estos últimos destacan la inmuno-fluorescencia directa, indirecta, el inmunoblot e inmuno-precipitación, además del test de Tzanck, estas tres últimas mayormente utilizadas en estomatología, de esta forma establecer una pauta de tratamiento dirigida a cada caso en particular. A grosso modo, el tratamiento de las enfermedades ampollosas autoinmunes implica el uso de corticosteroides y otros inmunosupresores para controlar la actividad autoinmune y prevenir la formación de nuevas ampollas. Se hace necesario conocer las ayudas diagnósticas de las que se disponen para lograr el correcto diagnóstico de dichas enfermedades.

AGRADECIMIENTOS. Agradecemos al archivo fotográfico del departamento de dermatopatología de la Universidad de Antioquia por su valiosa colaboración y acceso a su colección de imágenes. Su contribución ha enriquecido nuestro estudio. También expresamos nuestro profundo agradecimiento a los pacientes que participaron en esta investigación, su colaboración ha sido fundamental para obtener resultados significativos que beneficiarán a la comunidad médica y a futuros pacientes. Estamos sinceramente agradecidos por su apoyo y confianza en nuestro trabajo.

TOVÍO-MARTÍNEZ, E.; ANAYA-GUZMÁN, L.; RIVERA-PEÑATES, D.; URBANO-DEL-VALLE, S. & BEUTH-RUIZ, S. After the blisters, challenging membranous integrity: Pemphigus vulgaris and mucocoumembrane pemphigoid. *Int. J. Odontostomat.*, 19(1):65-73, 2025.

ABSTRACT: Introduction: autoimmune diseases are diseases in which an immune response against self antigens develops, affecting some organs or mucous membranes. Some of these diseases include mucous membrane pemphigoid, pemphigus vulgaris, foliaceous, and paraneoplastic. Objective: to analyze the similarities and differences between mucous membrane pemphigoid and pemphigus vulgaris from a clinical and histological point of view in order to determine an adequate diagnosis and treatment. Materials and methods: This is a retrospective and descriptive study based on a series of clinical cases of pemphigus and pemphigoid. Demographic data, clinical characteristics were collected and different diagnostic methods were used to corroborate it, treatments and clinical response were recorded, follow-up evaluations were carried out to document the evolution of the disease and adverse events. Results: The established treatment was effective for each case, it eliminated the lesions, improving the quality of life of the patients. Medications and a comprehensive approach were used to prevent recurrences. Physical and emotional well-being improved with treatment. Conclusions: The diagnosis of autoimmune blistering diseases is based on clinical, histopathological and immunological findings, in addition to immunofluorescence tests. Treatment involves the use of corticosteroids and immunosuppressants. Knowing these diagnostic tools is crucial for proper case management.

KEYWORD: autoimmune diseases, pemphigoid, benign mucous membrane, pemphigus, diagnosis, histology, fluorescent antibody technique, indirect, fluorescent antibody technique, direct.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ballester, M. A. & Olasolo, P. J. Dermatitis ampollas. *Medicine*, 13(48):2800-09, 2022. <https://doi.org/10.1016/j.med.2022.02.003>
- Bieber, K.; Kridin, K.; Erntenani, S.; Boch, K., Schmidt, E. & Ludwig, R. J. Milestones in personalized medicine in pemphigus and pemphigoid. *Front. Immunol.*, 11:591971, 2021. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.591971>
- Boza, Y.; Tinoco, M.; Guillén, D. & Torres, R. Síndrome Sjögren y penfigoide de las membranas mucosas en paciente con antecedente de timoma: Reporte de caso y revisión de literatura. *Odvotos* 21(2):33-44, 2019. <https://doi.org/10.15517/IJDS.V010.36309>
- Buonavoglia, A.; Leone, P.; Dammacco, R.; Di Lernia, G.; Petruzzi, M.; Bonamonte, D.; Vacca, A.; Racanelli, V. & Dammacco, F. Pemphigus and mucous membrane pemphigoid: An update from diagnosis to therapy. *Autoimmu. Rev.*, 18(4):349-58, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2019.02.005>
- Carmona, M.; Porto, I.; Berrocal, S. & Camacho, F. Manejo estomatológico y sistémico de pénfigo vulgar: reporte de un caso. *Rev. Cien. Salud*, 16(2):357-67, 2018. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6774>
- Carey, B.; Joshi, S.; Abdelghani, A.; Mee, J.; Andiappan, M. & Setterfield, J. The optimal oral biopsy site for diagnosis of mucous membrane pemphigoid and pemphigus vulgaris. *Br. J. Dermatol.*, 182(3):747-53, 2020. <https://doi.org/10.1111/bjd.18032>
- Carey, B., & Setterfield, J. Mucous membrane pemphigoid and oral blistering diseases. *Clin. Exp. Dermatol.*, 44(7):732-39, 2019. <https://doi.org/10.1111/ced.13996>
- Carvajal, E. M.; Jiménez, T. I. & Francesa, B. G. Penfigo vulgar y foliaceo: Una revisión bibliográfica. *Rev. Clin. Esc. Med.*, 9(1):48-55, 2019. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87039>
- Di Lernia, V.; Casanova, D. M.; Goldust, M. & Ricci, C. Pemphigus vulgaris and bullous pemphigoid: Update on diagnosis and treatment. *Dermatol. Prac. Concep.*, 10(3):e2020050, 2020. <https://doi.org/10.5826/dpc.1003a50>
- Ginzburg, K.; Forero, O.; Candiz, M.; Maronna, E. & Leiro, V. Reporte de un caso de pénfigo vulgar gatillado por vacunación contra la COVID-19 y revisión de la literatura. *Med. Cutánea Ibero-Latino-Americana*, 50(3):168-71, 2022. <https://doi.org/10.24875/MCUT.22000053>
- González-Ruiz, V.; Cordero-Martínez, C.; Domínguez-Cherith, J. & Méndez-Flores, S. Pénfigo vulgar. *Med. interna Méx.*, 35(5):708-12, 2019. <https://doi.org/10.24245/mim.v35i5.2582>
- Kant, S.; Jaitley, M.; Kant, S. & Samant, M. Pemphigus vulgaris: A review. *Int. Dent. J. Student Res.*, 8(1):1-8, 2020. <https://doi.org/10.18231/j.idjrs.2020.001>
- Lucchese, A.; Petruzzi, M. & Lauritano, D. Crossreactivity: The possible role of oral microbiota in oral mucous membrane pemphigoid. *Autoimmu. Rev.*, 20(5):102799, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2021.102799>
- Magliocca, K. R., & Fitzpatrick, S. G. Autoimmune disease manifestations in the oral cavity. *Surg. Pathol. Clin.*, 10(1):57-88, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.path.2016.11.001>
- Santi, C. G., Gripp, A. C., Roselino, A. M., et al. (2019). Consensus on the treatment of autoimmune bullous dermatoses: bullous pemphigoid, mucous membrane pemphigoid and epidermolysis bullosa acquisita - Brazilian Society of Dermatology. *An. Bras. Dermatol.*, 94(2 Suppl 1):33-47, 2019. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.2019940207>
- Thurman, J. M. & Yapa, R. Complement therapeutics in autoimmune disease. *Front. Immunol.*, 10:672, 2019. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2019.00672>
- Urbano, S.; Vivero, R.; Harris, J. & Carmona, M. Penfigoide de membrana mucosa asociado a carcinoma pulmonar: ¿penfigoide paraneoplásico? *Odontol. sanmarquina*, 24(1):89-94, 2021. <https://doi.org/10.15381/os.v24i1.18706>
- Valenzuela, F.; Fernández, A. & Flores, R. Manifestaciones orales de las enfermedades mucocutáneas, parte 1: liquen plano oral y penfigoide de membranas mucosas. *Piel*, 35(6):364-72, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.piel.2019.09.002>
- Yang, A.; Xuan, R. R.; Melbourne, W.; Hashimoto, T.; Uzun, S.; Daneshpazhooh, M.; Yamagami, J.; Di Zenzo, G.; Mascaro Jr. J. M.; Mahmoudi, H.; Patsatsi, A.; Drenovska, K.; Vassileva, S. & Murrell, D. F. Inter-rater reliability of the BIOCHIP indirect immunofluorescence mosaic in bullous pemphigoid and pemphigus patients. *J. Eur. Academy Dermatol. Venereol.*, 33(12):2327-33, 2019. <https://doi.org/10.1111/jdv.15817>

Dirección para correspondencia:

Eilien Tovío Martínez

Facultad de Odontología Universidad de Cartagena Barrio

Zaragocilla Campus de la Salud

Cartagena D.T y C.

COLOMBIA

E-mail: eilien.tovio@uam.edu.co

etoviom@unicartagena.edu.co