

## La férula gingival como método modificado de aplicación tópica de esteroides en el penfigoide cicatrizal oral

A. Bermejo Fenoll\*, A. Sánchez Pérez\*\*, R. Oñate Sánchez\*\*\*, P. López Jornet\*\*\* y O. González Sequeros\*\*\*\*

### Resumen

Se describe un nuevo método en el tratamiento de la membrana mucosa penfigoide oral. Consiste en una técnica modificada de aplicación local de esteroides, en cura oclusiva. El fármaco es colocado en las áreas de lesión, fundamentalmente encías y paladar, mediante férulas de resina rígida, montadas en articulador semi-ajustable. Presentamos 4 casos clínicos, y se obtuvo mejoría en todos ellos. No hubo efectos adversos locales o sistémicos.

### Introducción

El penfigoide cicatrizal (PC) o membrana mucosa penfigoide fue descrito probablemente, por vez primera, a finales del siglo XVII por Wichmanns<sup>1</sup>. Hoy lo entendemos como una enfermedad inflamatoria crónica, que cursa con ampollas subepidérmicas en membranas mucosas principalmente, originadas por depósitos de inmunoglobulinas en el área de la membrana basal<sup>2</sup>.

Siempre o casi siempre se halla involucrada la mucosa bucal, y en la mayoría de los casos es una enfermedad que afecta a personas de edad avanzada. En un 90 % los pacientes tienen entre los 50 y los 80 años<sup>3</sup>.

Afecta más a la mujer que al varón, en una proporción de 3 a 1, aproximadamente<sup>4</sup>. Los tres lugares de

más frecuente afectación en la mucosa bucal son la encía, el paladar y la mucosa yugal<sup>5</sup>.

Las lesiones, de curso lento y progresivo, con exacerbaciones y remisiones espontáneas, consisten en ampollas con base eritematosa. Cuando se rompen, dejan superficies erosivas y sangrantes que pueden curar con cicatriz<sup>6</sup>. La forma de presentación clínica más frecuente es la gingivitis descamativa. Ésta consiste en un eritema brillante y difuso de la encía libre e insertada relacionado con áreas de vesiculación, erosivas y descamativas. El epitelio puede aparecer con denudaciones mínimas o extensas, pudiendo desprenderse por traumatismo y dejar áreas de tejido conectivo expuesto, con sangrado y sensación de quemazón<sup>7,8</sup>.

Cuando la gingivitis descamativa es la única manifestación clínica de la enfermedad se debe establecer el diagnóstico diferencial fundamentalmente con el liquen plano, y el penfigo<sup>9</sup>.

Para el tratamiento del PC se utilizan los corticoides, tanto en forma sistémica como tópica, aunque otras armas terapéuticas que pueden emplearse son los inmunosupresores (azatioprima y ciclofosfamida) solos o asociados con los corticoides, y las sulfonas<sup>10</sup>.

Todos estos fármacos, especialmente los corticoides y los inmunosupresores tienen contraindicaciones y serios efectos colaterales, por lo que deben ser reservados para casos de lesiones graves.

Por otro lado, los esteroides tópicos tienen reducida efectividad debido a las características especiales del entorno bucal. Para paliar precisamente este inconveniente, y teniendo en cuenta que las lesiones de PC se localizan con mayor frecuencia en encía y paladar, hemos querido desarrollar una forma de aplicación local de corticoides en estas áreas, basada en la cura oclusiva, y evitar el rápido barrido que producen la saliva, lengua, mucosas yugales y labios en una aplicación tópica convencional.

\* Profesor titular de Estomatología Médica. Escuela de Estomatología de Murcia.

\*\* Licenciado en Medicina y Estomatología.

\*\*\* Profesor asociado de Estomatología Médica. Escuela de Estomatología de Murcia.

\*\*\*\* Profesora asociada de Oclusión. Escuela de Estomatología de Murcia.



Fig. 1. La férula gingival es una férula oclusal de Michigan, modificada, que se diseña extendiéndose a todas las áreas de mucosa alveolar, encía o paladar, afectadas por la enfermedad.



Fig. 2. Montaje en articulador Dentatus ARL semiajustable para conseguir una oclusión entre las dos férulas, sin interferencias que pudieran afectar a los complejos articulares temporomandibulares.



Fig. 3. Ajuste de las férulas en boca.



Fig. 4. Caso 1. Enferma de 49 años con penfigoide cicatrizal. Puede observarse el sobresaliente eritema de su gingivitis descamativa en la encía de ambas arcadas dentarias.

### Material y métodos

Se construyeron férulas especiales para 4 pacientes mujeres, diagnosticadas de penfigoide cicatrizal de mucosa oral, con afectación casi exclusiva de encías y paladar.

En todos los casos se procedió, después del diagnóstico clínico e histopatológico, a la toma de las impresiones con alginato así como al registro del arco facial (Dentatus ARL). Una vez obtenidos los modelos se diseñó la extensión de las férulas de resina termopolimerizadas, destinadas a contener la medicación.

Dichas férulas, que son modificaciones de las férulas de descarga tipo Michigan, se extienden hasta el fondo de vestíbulo. La férula superior presenta una extensión palatina, que le permite el contacto de la medicación con toda la mucosa afectada (fig. 1).

Una vez diseñadas, se montan en un articulador semiajustable y se programa de acuerdo con los registros oclusales de cera obtenidos. Con el diseño y las indicaciones precisas se remite al laboratorio de prótesis dental para su confección (fig. 2).

La dimensión vertical se eleva unos milímetros para permitir el espesor oclusal de las férulas y en el área mucosa la resina quedará separada 1 mm.

Una vez confeccionadas, se prueban en la boca y se procede a los reajustes necesarios para permitir una oclusión correcta de los planos oclusales de las férulas (fig. 3).

Convenientemente retocadas, las férulas ya están preparadas para contener el corticoide (triamcinolona en orabase), que se colocará en su interior, sobre la superficie en contacto con la mucosa.



Fig. 5. Caso 2. Enferma de 62 años con penfigoide cicatrizal. Presenta una gingivitis descamativa más acusada en encía bucal del grupo anterior superior.



Fig. 6. Caso 2. La misma enferma, visión palatina, donde se observa el eritema marginal a las áreas dentadas y techo de una ampolla próxima a los premolares.

Las concentraciones de triamcinolona que hemos empleado oscilaron entre el 0,5 y el 0,2 % en orabase; dichas férulas deben colocarse en boca de dos a tres veces al día (según los casos) durante media hora, según los casos, dependiendo del criterio clínico de gravedad de las lesiones.

Los resultados obtenidos se evaluaron según los siguientes criterios: a) éxito, cuando los signos y síntomas han recurrido totalmente, y el paciente está curado de su enfermedad; b) mejoría, si las lesiones con el tratamiento, se reducen, siendo las nuevas menores en número, tamaño y duración. Los síntomas se reducen o minimizan; c) fracaso, cuando no se observa ninguna modificación en sentido positivo o incluso existe empeoramiento de signos y síntomas.

#### Caso clínico 1

Mujer de 49 años, que acudió a nuestro servicio por que desde hace aproximadamente 3 años presentaba molestias en las encías. Tras un traumatismo, según ella, el proceso se extendió, lo que dificultó la ingesta de alimentos ácidos, salados o con especias, que le provocaban escozor.

Entre los antecedentes personales destacaba una úlcera gastroduodenal y hernia de hiato.

En la exploración presentaba una gingivitis descamativa difusa, (fig. 4). En la mucosa yugal se apreciaron zonas eritematosas, y el paladar duro presentaba una lesión ampollosa con base eritematosa.

Se tomó una biopsia de la encía en la que se observó penfigoide benigno con inmunofluorescencia directa positiva para antisuero IgG.

Se tomaron impresiones para confeccionar las férulas gingivales; se colocaron y ajustaron en la boca, y se inició una pauta terapéutica, con triamcinolona en orabase al 0,3 %, que consistió en tres aplicaciones diarias de 30 minutos cada una.

#### Caso clínico 2

Mujer de 62 años que refiere, desde hace 6 años, molestias, inflamación y sangrado en las encías y paladar. Durante el último año estos síntomas se han incrementado considerablemente. Así mismo tiene sensación urente en los genitales.

Entre sus antecedentes personales destaca una úlcera duodenal.

En la exploración destaca una gingivitis descamativa difusa, así como ampollas y erosiones en paladar que se muestran en las figuras 5 y 6.

Se procede a la toma de una biopsia de la zona anterior gingival a nivel vestibular; y de la vulva, en las cuales se observan hallazgos compatibles con penfigoide benigno cicatrizal. Así mismo, la inmunofluorescencia directa es positiva para la IgG y para el C3.

Durante 2 años se le aplicó tratamiento con sulfonas, que después fue substituido por terapéutica esteroide local y sistémica. Las dosis de prednisona no fueron elevadas debido a los antecedentes de úlcera duodenal. El curso del proceso fue irregular, por lo que decidimos instaurar la terapéutica oclusiva mediante las férulas gingivales. Para ello procedimos como en el caso anterior a la toma de modelos con alginato, así como a la toma de los registros oclusales y del arco facial (dentatus ARL).



Fig. 7. Caso 3. Enferma de 69 años con penfigoide cicatrizal. Se observa signos de gingivitis descamativa en encía vestibular de incisivos superiores.

Se colocaron las férulas con triamcinolona al 0,5 % en orabase tres veces al día durante 30 minutos.

#### Caso clínico 3

Mujer de 69 años que acudió a nuestro servicio por consejo de su dentista de zona.

Desde hacía unos 10-12 meses había comenzado a notar múltiples brotes de lesiones orales con sensación urente. Desde el comienzo del cuadro no había estado libre de signos y síntomas en ningún momento.

En la exploración se observó una gingivitis descamativa y eritematosa en vestibular de incisivos superiores, así como en el 15. A nivel mandibular, por lingual del 31-41 presentó otras lesiones mucho más discretas, aunque también descamativas y hemorrágicas (fig. 7).

Se procedió a la toma de biopsia de encía a nivel del 34-35 por vestibular, en la cual se apreció penfigoide benigno (fig. 8).

Se confeccionaron férulas gingivales, según protocolo, colocándose con triamcinolona al 0,2 % en orabase dos veces al día, durante 30 minutos.

#### Caso clínico 4

Mujer de 90 años que desde hacía tres años presentaba brotes de ampollas orales que se rompían con dolor.

En la exploración se apreciaba una gingivitis descamativa difusa, y una lesión ulcerada en tercio posterior de mucosa yugal derecha y en áreas palatinas. El vestíbulo superior estaba anormalmente disminuido como probable resultado de fenómenos de cicatrización sinequante (fig. 9).

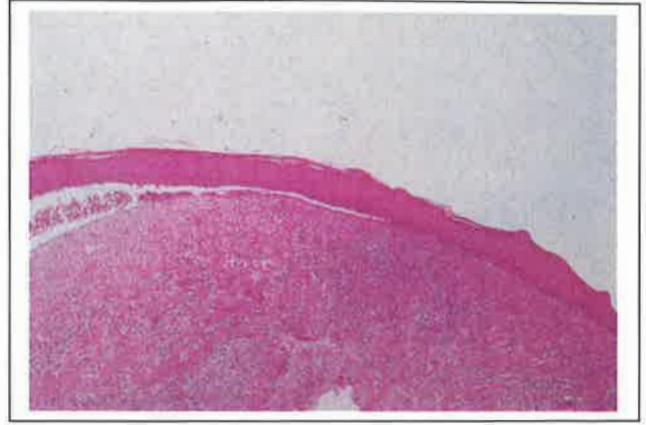


Fig. 8. Imagen microscópica de la biopsia de encía del caso 3. Destaca la presencia de una ampolla subepidérmica, parcialmente ocupada por hematíes. En el conectivo existe un infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario.

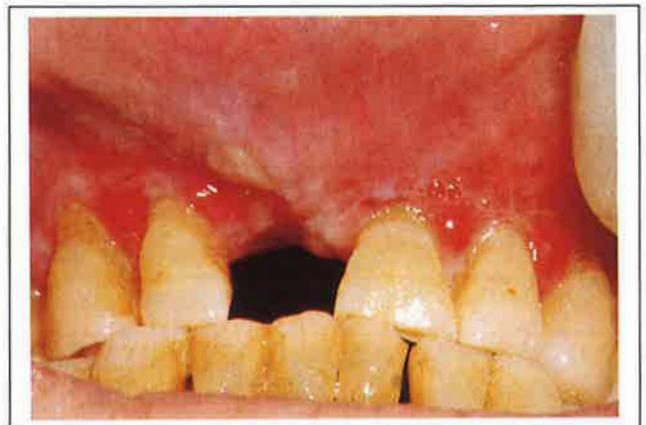


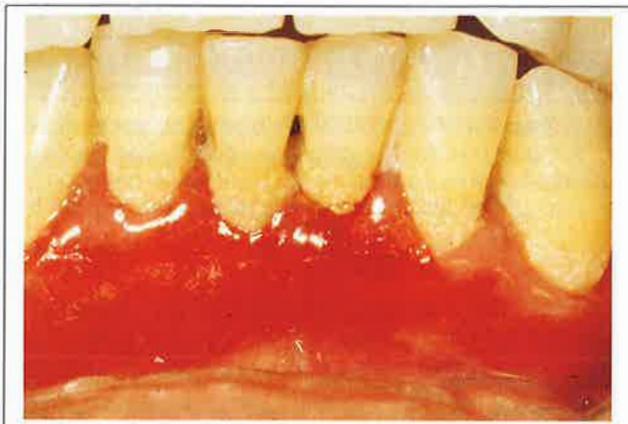
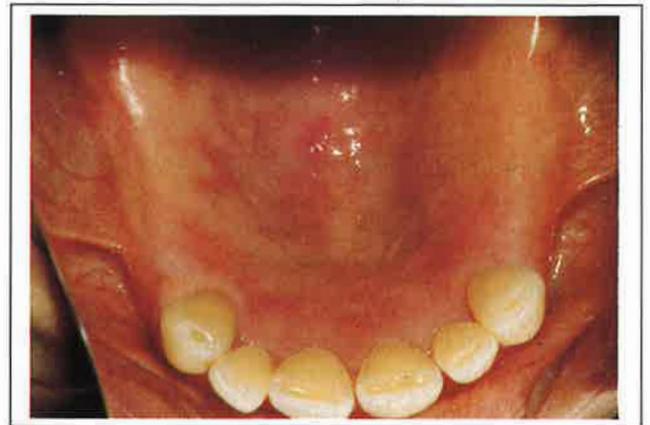
Fig. 9. Caso 4. Enferma de 90 años con penfigoide cicatrizal. Junto a una franca gingivitis, puede apreciarse un vestíbulo superior anormalmente disminuido como probable resultado de fenómenos de cicatrización sinequante.

Procedimos a la toma de una biopsia vestibular a nivel del 24-25 cuyos hallazgos eran compatibles con penfigoide benigno. La inmunofluorescencia directa demostró positividad lineal para IgG en membrana basal.

Se decidió instaurar terapéutica gingival oclusiva con corticoides. Para ello obramos según lo expuesto anteriormente. Procedimos a colocar las férulas gingivales, e instauramos el régimen de triamcinolona al 0,2 %, dos veces al día durante media hora cada vez.

#### Resultados

Los resultados se valoraron después de 24, 36, 6 y 3 meses, respectivamente, en los casos 1, 2, 3 y 4 después de iniciado el tratamiento esteroide oclusivo con la



Figs. 10a y b, 11a y b, y 12a y b. Corresponden a imágenes del caso 1 antes y después del tratamiento con férula gingival y corticoterapia tópica. Existe, junto con la reducción de los síntomas, una marcada reducción del eritema y la descamación. Las lesiones han repitelizado y la encía ha adquirido su aspecto y coloración normales mejorando la estética y la posibilidad de una higiene más meticulosa.

férula gingival. Los criterios de éxito, mejoría y fracaso se aplicaron según lo expuesto en el apartado de «Material y Métodos». En los 4 casos tratados por el presente método hemos obtenido resultados satisfactorios, por lo que se puede hablar de una mejoría franca en todos ellos (figs. 10-12).

Junto a la buena evolución clínica, debemos destacar la ausencia de efectos secundarios locales como atrofia, o sistémicos como síndrome de Cushing u otras manifestaciones clínicas de supresión del eje hipotálamohipofisopararrenal. En sangre se monitorizaron periódicamente diversos parámetros entre ellos glucosa y

Tabla 1. Casos tratados con férula gingival y corticoides

Caso	Sexo	Edad	Clínica	Diagnóstico	Meses de tratamiento	Resultado
1	M	49	Gingivitis, úlceras, quemazón	Penfigoide benigno	24	Mejoría
2	M	62	Gingivitis, quemazón	Penfigoide benigno	34	Mejoría
3	M	69	Gingivitis, dolor	Penfigoide benigno	6	Mejoría
4	M	90	Gingivitis, úlceras, dolor	Penfigoide benigno	3	Mejoría

enzimas hepáticas, sin cambios que destaquen durante el período de observación.

Al mismo tiempo no hubo signos ni síntomas de disfunción craneomandibular.

En ningún caso obtuvimos la remisión total de las lesiones aunque todas las enfermas mostraron marcada reducción de los síntomas, del eritema y de la descamación.

Pudimos observar que las zonas menos beneficiadas estaban en relación con áreas donde el ajuste de la férula a la mucosa era defectuoso y la distancia entre ambas estructuras era mayor.

En la tabla 1 se expresan los resultados comparando los casos clínicos.

## Discusión

Cuando se desea que la acción de un corticoide se circunscriba a un área determinada de la piel o mucosa, está indicada la terapéutica local. Este tipo de terapéutica tiene la ventaja de posibilitar la máxima concentración del principio activo en el lugar deseado.

Lo primero que se produce al aplicar un corticoide tópico en la piel es una vasoconstricción y en esto se basa la clasificación según la potencia de los corticoides tópicos, en suaves, medios, fuertes y muy fuertes. Después de la vasoconstricción, disminuye el índice mitótico y disminuyen también la epidermopoyesis y la inflamación<sup>11</sup>. Esta última parece que se alcanza mediante distintos mecanismos<sup>12</sup>:

1. Reducen el exudado de leucocitos y constituyentes plasmáticos y, por tanto, el edema.

- Mantienen la integridad de la membrana celular, previniendo el excesivo hinchazón de la célula.
- Inhiben la liberación de lisosomas de los granulocitos, así como la fagocitosis.
- Estabilizan las membranas de los lisosomas intracelulares.
- Inhiben la proliferación de fibroblastos con efecto positivo, decreciendo la fibrosis.
- En pequeñas dosis inhiben la respuesta inmune celular en reacciones dermatológicas retardadas.

En grandes dosis puede afectarse la formación de anticuerpos.

Sin embargo, debemos tener en cuenta los distintos efectos adversos que la aplicación de los esteroides tópicos pueden llegar a originar.

En la piel se han descrito efectos colaterales locales y efectos colaterales sistémicos, cuando una parte del fármaco absorbido es capaz de alcanzar la sangre<sup>13</sup>.

Estos efectos se producen con más facilidad si la aplicación del corticoide es en la piel facial o área de flexión, y si se trata de niños jóvenes o ancianos<sup>14</sup>.

En cuanto a los efectos colaterales locales<sup>13</sup> podemos detallar los siguientes:

- En la epidermis se han descrito a largo plazo áreas de atrofia (el epitelio se hace transparente). Se asocia a una disminución de la actividad cinética epidérmica, una disminución del tamaño de los queratinocitos y un aplanamiento general de la interfase dermoepidérmica. Se reduce la actividad mitótica en la capa germinativa. Los melanocitos se inhiben y se produce una especie de vitíligo.

– En la dermis se reduce la síntesis de colágeno y hay una reducción de la sustancia fundamental. Parece que se inhibe la actividad de las enzimas que actúan en la biosíntesis del colágeno, y también se deprime la acción de la colagenasa. En conjunto, el recambio colágeno parece que decrece. Las fibrillas de colágeno se hacen más finas y disminuye el número de fibroblastos. El colágeno sufre una degeneración parecida a la de la elastosis solar.

– Y por último, efectos vasculares. En una primera instancia hay vasoconstricción, sin embargo después se produce vasodilatación permanente con formación de telangiectasias. Los vasos, al tener poco soporte estructural, se rompen con facilidad y se producen hemorragias que al resolverse dejan un aspecto macroscópico de piel en cielo estrellado.

Como resultado final de todos estos fenómenos, la piel se hace fina, frágil, transparente y con estrías, resultando más vulnerable a procesos infecciosos de todo tipo. La cicatrización de heridas se produce con retraso.

En cuanto a los efectos colaterales sistémicos<sup>15, 16</sup>, con posible inhibición del eje hipotálamohipofisopararrenal (se deprimen los niveles plasmáticos de cortisol), podemos citar los siguientes:

- Sobre el metabolismo de los hidratos de carbono, puede producirse hiperglucemia y glucosuria, que pueden darse, especialmente, en diabéticos latentes.
- Sobre el metabolismo lipídico, el efecto colateral principal es el depósito de grasa en aspecto de cuello de búfalo y cara de luna.
- Sobre los electrolitos, puede haber retención de sodio y pérdida de potasio, con formación de edemas. Las proteínas sanguíneas quedan más concentradas, aumenta la viscosidad y con ello el riesgo de que aparezca trombosis.
- Otros efectos: a) en niños puede darse un síndrome cushingoide y alteración del crecimiento; b) cataratas subpolares y precipitación del glaucoma; c) sobreinfecciones o rápida diseminación de una infección ya existente; d) hipertensión, y e) osteoporosis.

Parece que la administración tópica de corticoides en boca produce menos absorción sistemática, y virtualmente no existen contraindicaciones<sup>17</sup>. Estos hechos deben estar en relación con las propiedades biológicas específicas de la mucosa bucal, su recambio acelerado, la protección de mucina, y las condiciones propias de humedad y temperatura.

Concretamente distintos estudios realizados sobre tratamiento tópico de esteroides en el liquen plano oral

demuestran la inocuidad tanto local<sup>17</sup> como sistémicamente<sup>18-20</sup>, con concentraciones y pautas parecidas a las que se vienen utilizando en el penfigoide cicatrizal.

En un reciente estudio Plemons et al<sup>20</sup> controlan a un grupo de pacientes con liquen plano erosivo oral tratados con aplicación local convencional de gel de fluocinonido al 0,05 % sobre la encía y mucosa yugal tres veces al día durante 3 semanas. Los controles de cortisol en suero y orina, en los días 3 y 21, no sufrieron cambios significativos en el grupo experimental con respecto a un grupo control.

Por ello, concluimos que este tipo de tratamiento no era capaz de producir supresión adrenal.

El fluocinonido al 0,05 % equivale al acetónido de triamcinolona al 0,01 % y ambos derivados están dentro del grupo de corticoides tópicos fuertes<sup>13</sup>.

Uno de los principales inconvenientes con los que se encuentra la aplicación del corticoide sobre la mucosa bucal, es precisamente mantener el contacto del fármaco con la mucosa.

La humedad y la mucina que cubren a esta última, así como los movimientos continuados de unas áreas mucosas contra otras en la deglución o al hablar, hacen que no sea sencillo mantener ese contacto. Esto se ha tratado de paliar con aplicaciones frecuentes del medicamento o mediante la utilización de una base adherente sobre el fármaco<sup>17</sup>. Aun así, la acción del medicamento puede llegar a frustrarse en muchas ocasiones. Con el fin de obviar estos inconvenientes, Aufdemorte<sup>21</sup> aplicó en 1985, en 2 casos de penfigoide cicatrizal de localización gingival, fluocinonido (0,5 mg/gm) en cubetas individuales, de material de plástico flexible modeladas mediante máquina de vacío, obteniendo buenos resultados y sin efectos colaterales indeseables. Así mismo, Wray<sup>22</sup>, en 1987, aplica los corticoides mediante el uso de *veneers* acrílicas labiales para el tratamiento de la gingivitis descamativa localizada en áreas anteriores de la encía bucal en cinco casos de liquen plano.

El método del frente acrílico labial ya lo utilizaba en 1955 Emslie<sup>23</sup> para suplementar áreas de encía desaparecida en enfermos tratados de periodontitis crónica avanzada. El mismo sistema usaron L'Estrange y Strahan<sup>24</sup> en 1970 como protectores postoperatorios en periodoncia.

El método de Aufdemorte proporciona unas cubetas que resultan poco confortables para el paciente. Además son frágiles (el enfermo habrá de usarlas en ocasiones por temporadas durante meses o años, puesto que tanto el penfigoide como el liquen son enfermedades crónicas de larga duración), y finalmente por este procedimiento, en algunas áreas donde el ajuste no sea

perfecto, el medicamento puede no llegar a contactar con la mucosa enferma. El sistema del frente acrílico labial de Wray tiene unas posibilidades muy limitadas en cuanto al área que se ha de tratar.

Nuestro procedimiento obvia todos los inconvenientes anteriores. Hemos desarrollado un sistema eficaz a la hora de mantener los corticoides, en contacto con la mucosa, rígido y duradero pero al mismo tiempo cómodo para el paciente y por otro lado es un sistema que no origina interferencias oclusales capaces de crear palancas de primer o tercer género que repercutan sobre las articulaciones temporomandibulares. Además estas férulas de resina transparente pueden ser complementadas con resina autopolimerizable, allá donde fuera conveniente, para un mejor contacto del medicamento con nuevas lesiones que pudieran aparecer.

Hemos denominado a este aparato férula gingival porque está basado en la férula de Michigan. Feruliza los dientes donde alcanza la retención pero al mismo tiempo se extiende por toda la zona gingival y fibromucosa palatina que pudiera hallarse afectada.

Nuestro método de férula gingival proporciona las siguientes ventajas:

1. Se ajusta a los dientes perfectamente logrando una cómoda retención.
2. Se puede extender hasta donde consideremos necesario, pudiendo ser suplementada con resina autopol transparente, si hay zonas de mucosa enferma donde no llega la placa o aparecen nuevas áreas de lesión.
3. Tiene la rigidez suficiente para que dure.
4. No se elimina el principio activo por el barrido de lengua, labios o mejillas.
5. No se producen interferencias oclusales que pueden interferir en las articulaciones temporomandibulares.
6. Puede transportar cualquier tipo de medicación que consideremos adecuada ante una determinada enfermedad de la encía.
7. Este apartado se puede mantener limpio con un cepillado correcto.

En resumen, es un aparato que puede ser utilizado por el paciente sin sensación de incomodidad por largas temporadas de tiempo, puede cubrir todas las áreas enfermas y es sencillo de fabricar.

Los resultados clínicos obtenidos con los casos presentados, con una franca mejoría de signos y síntomas, son alentadores. En todos ellos ha sido posible evitar la terapéutica sistémica corticoide. Será necesario realizar nuevos tratamientos tanto en el penfigoide como en el

liquen y comparar los resultados con tratamientos convencionales para poder evaluar mediante el control de un mayor número de casos, todas las posibilidades que puede tener la férula gingival.

## Bibliografía

1. Wichmanns JE. Beitrag zur Kenntniss des Pemphigns, Erfurt, 1791, GA Keyser. Citado por Shklar G, Mc Carthy PL. Oral manifestations of benign mucous membrane pemphigns (Mucous membrane pemphigoid). *Oral Surg* 1959; 12, 8:950-966.
2. Lever WF. Pemphigus and pemphigoid; a review of the advances made since 1964. *J Am Acad Dermatol* 1979; 1:2-31.
3. Laskaris G, Skavonou A, Sratigos J. Bullous pemphigoid, cicatricial pemphigoid and pemphigus vulgaris. A comparative clinical survey of 278 cases. *Oral Surg* 1982; 54:656-661.
4. Shklar G, Mc Carthy PL. Oral lesions of mucous membrane pemphigoid: a study of 85 cases. *Arch Otolaryngol* 1971; 93:354-364.
5. Silverman S, Gorsky M, Lozada-Nur F, Lin A. Oral mucous membrane pemphigoid. A study of sixty-five patients. *Oral Surg* 1986; 61, 3:233-237.
6. Bagán Sebastián JV, Silvestre Donat FJ, Jordá Cuevas E, Bermejo Fenoll A. Penfigoide cicatrizal: Consideraciones diagnósticas acerca de tres casos. *Estomodeo* 1985; 13:5-12.
7. Lucas Tomás M. Medicina oral. Barcelona, Salvat, 1988; 184.
8. Bermejo Fenoll A, Bagán Sebastián JV, García Ballesta G, Bermejo Fenoll MD. Gingivitis descamativa. Consideraciones acerca de tres casos. *Rev Esp Estocol* 1985; 33, 3:181-194.
9. Nisengard RJ, Neiders M. Desquamative lesions of the gingiva. *J Periodont* 1981; 52, 9:500-510.
10. Allen CM, Camisa Ch, Grimwood R. Lichen planus pemphigoid: report of a case with oral lesions. *Oral Surg* 1987; 63:184-188.
11. Vickers CFH. Corticoides tópicos. En: Fitzpatrick et al, eds. *Dermatología en Medicina General*. 3.ª ed. Buenos Aires, Panamericana, 1988; 2.820-2.825.
12. Streeten DH, Phil D. Corticosteroid therapy. *JAMA* 1975; 232:944-948.
13. Griffiths Wad, Ive FA, Wilkinson JD. Topical steroids. En: Rook et al, eds. *Textbook of dermatology*. 4.ª ed. Oxford, Blackwell, 1986; 2.559-2.566.
14. Martínez Álvarez JA, Giner M. Corticoides tópicos en pediatría. Efectos secundarios. *Jano* 1988; 34, 802:26.
15. Pye RJ, Roberts SOB, Champion. Corticosteroids. En: Rook et al, eds. *Textbook of dermatology*. 4.ª ed. Oxford, Blackwell, 1986; 2.501-2.503.
16. Kaiser H. Corticoterapia tópica. Mollet del Vallés (Barcelona), Igoda; 1982.
17. Mc Carthy PL, Shklar G. Enfermedades de la Mucosa Bucal. 2.ª ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1985; cap. 39:482-486.
18. Zegarelli DJ. Topical and intralesional steroid therapy of oral lichen planus. *NY State Dent J* 1980; 46:434-436.
19. Zegarelli DJ. Multimodal steroid therapy of erosive and ulcerative oral lichen planus. *J Oral Med* 1983; 38:127-130.
20. Plemons JM, Rees TD, Zachariach NY. Absorption of a topical steroid and evaluation of adrenal suppression in patients with erosive lichen planus. *Oral Surg* 1990; 69:688-693.
21. Aufdemorte TB, De-Viller RL, Parel SM. Modified topical steroid therapy for the treatment of oral mucous membrane pemphigoid. *Oral Surg* 1985; 59:256-260.
22. Wray D, Mc Cord JF. Labial veneers in the management of desquamative gingivitis. *Oral Surg* 1987; 64:41-42.
23. Emslie RD. A case of advanced periodontitis complex. *Dent practitioner* 1955; 5:432-433.
24. L'Estrange PR, Strahan JD. The wearing of acrylic periodontal veneer. *Br Dent J* 1970; 128:193.