

Lesioni gengivali desquamative

Le lesioni gengivali desquamative (LGD) rappresentano un'entità clinica di frequente riscontro ma di difficile e non immediato inquadramento nosologico; si tratta di lesioni eritematose, erosive, vescicolo-bollose e desquamative che colpiscono tutta la gengiva, libera ed aderente (Fig.1-3), come espressione di affezioni muco-cutanee croniche che coinvolgono più o meno precocemente il distretto mucoso orale di pazienti adulti. (1).

Approssimativamente, in circa il 75% dei casi, si tratta di malattie dermatologiche e, tra queste, più del 95% è rappresentato dal pemfigoide delle membrane mucose (Fig.4) e dal lichen planus orale (Fig. 5), come riportato in molte casistiche (2-8).

Inoltre, in percentuali notevolmente inferiori, si manifestano come LGD rari casi di pemfigo volgare (Fig. 6), (9), di psoriasi (0.6% - 1%) (10), di pemfigo paraneoplastico (11), di angina bollosa emorragica (12) o di malattia lineare da IgA (13).

Le LGD possono rimanere confinate alla mucosa masticatoria o coinvolgere altri distretti orali ed extraorali, con andamento a poussé (2,4).

In ragione delle suddette premesse ne consegue che una corretta diagnosi delle LGD deriva da un accurato inquadramento eziopatogenetico delle lesioni e delle loro differenti manifestazioni cliniche. Recentemente, l'applicazione dei test di immunofluorescenza diretta ed indiretta (14) ha consentito una più fedele redistribuzione su base eziologia delle LGD, suggerendo così un più valido e corretto approccio nel loro management diagnostico e terapeutico, soprattutto per alcuni quadri di LGD (pemfigoidi e pemfigo), che per le loro

sfavorevoli implicazioni prognostiche (cecità e morte rispettivamente), necessitano inderogabilmente di una gestione tempestiva e multidisciplinare.

Management del paziente con LGD

L'intercettazione dei quadri di LGD, l'approccio diagnostico differenziale, oltre che la gestione terapeutica mirata sono complicati dalla frequente contestuale presenza, in corrispondenza del solco gengivale, dei fattori irritativi locali che, comunemente, mediano quadri di gengivite o di malattia parodontale.

In pazienti affetti da LGD la sintomatologia più comune è rappresentata dal bruciore, localizzato in corrispondenza delle lesioni ed esacerbato da stimoli chimici o meccanici, spesso derivanti dalla dieta; in presenza di aree desquamate più o meno estese su mucosa masticatoria, le comuni manovre di igiene orale domiciliare vengono ostacolate dalla sintomatologia dolorosa, spesso esaltata dal contatto con gli strumenti per la rimozione della placca, o dal contatto con la componente alcolica contenuta nei più comuni collutori per sciacqui orali e gargarismi.

La stretta collaborazione tra medico orale, parodontologo, igienista dentale, medico di base e medici specialistici (oftalmologi e dermatologi), consente una gestione multidisciplinare del paziente con LGD, a cui verranno destinati protocolli personalizzati e finalizzati di igiene orale domiciliare, in considerazione del/i trattamento/i farmacologico/i in atto (15).



Figura n.1

Lesioni gengivali desquamative. Aspetto atrofico-erosivo.



Figura n.2

Lesioni gengivali desquamative. Aspetto vescicolo-bollosa.



Figura n.3

Lesioni gengivali desquamative. Aspetto eritematoso-desquamativo.



Figura n.4

Lesioni gengivali desquamative. Pemfigoide delle membrane mucose.



Figura n.5

Lesioni gengivali desquamative. Lichen planus orale.



Figura n.6

Lesioni gengivali desquamative. Pemfigo volgare.

Bibliografia

1. Scully C, Laskaris G. Mucocutaneous disorders. *J Periodontol* 2000;18:81-94.
2. Nisengard RJ, Rogers RS. The treatment of Desquamative Gingival Lesions. *J Periodontol* 1987;58(3):167-72.
3. Yih WY, Maier T, Kratochvil FJ, Zieper MB. Analysis of desquamative gingivitis using direct immunofluorescence in conjunction with histology. *J Periodontol* 1998;69(6):678-85.
4. Nisengard RJ, Neiders M. Desquamative lesions of the gingival. *J Periodontol* 1981;52:500-10.
5. Scully C, Carrozzo M, Gandolfo S, Puiatti P, Monteil R. Update on mucous membrane pemphigoid. A heterogeneous immune-mediated subepithelial blistering entity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999;88:56-68.
6. Scully C, Laskaris G. Mucocutaneous disorders. *J Periodontol* 2000;18:81-94.
7. Vaillant L, Chauchaix-Barthes S, Huttenbere B, Arbeille B, Machet M, Jan V *et al.* Chronic desquamative gingivitis syndrome: retrospective analysis of 33 cases. *Ann Dermatol Venereol* 2000;127(4):381-7.
8. Robinson NA, Wray D. Desquamative gingivitis: a sing of mucocutaneous disorders—a review. *Aust Dent J* 2003; 48(4):206-11.
9. Mignogna MD, Lo Muzio L, Bucci E. Clinical features of gingival pemphigus vulgaris. *J Clin Periodontol* 2001;28:489-93
10. Brice DM, Danesh-Meyer MJ. Oral lesions in patients with psoriasis: clinical presentation and management. *J Periodontol* 2000;71(12):1896-903.
11. Sklavounou A, Laskaris G. Paraneoplastic pemphigus: a review. *Oral Oncology* 1998;35:347-40.

12. Yip HN. Angina bullosa haemorrhagica: a case report and a concise review. *Gen Dent* 2004; 52(2):162-4.
13. O'Regan E, Bane A, Flint S, Timon C, Toner M. Linear IgA disease presenting as desquamative gingivitis: a pattern poorly recognized in medicine. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 130(4):469-72.
14. Yih WY, Maier T, Kratochvil FJ, Zieper MB. Analysis of desquamative gingivitis using direct immunofluorescence in conjunction with histology. *J Periodontol* 1998;69(6):678-85.
15. Campisi G, Giandalia G, De Caro V, Di Liberto C, Arico' P, Giannola L. A new delivery system of clobetasol-17-propionate (lipid loaded microspheres 0.025%) compared with a conventional formulation (lipophilic ointment in a hydrophilic phase 0.025%) in topical treatment of atrophic-erosive oral lichen planus. A Phase IV, randomized, observer-blinded, parallel group clinical trial. *Br J Dermatol* 2004; 150: 984-990.