



MANIFESTACIONES ORALES DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Escobar Silva, Alfredo ⁽¹⁾; Godoy Olave, Jorge ⁽²⁾; Muñoz Cádiz, Pedro ⁽²⁾

⁽¹⁾ Rehabilitador Oral, Jefe Servicio de Odontología, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile

⁽²⁾ Periodoncista, Servicio de Odontología, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile

RESUMEN

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad crónica autoinmune con múltiples manifestaciones clínicas, que pueden ir desde el decaimiento general con presencia de lesiones cutáneas, hasta un compromiso sistémico severo afectando diversos órganos. Como en otras enfermedades de este tipo, puede verse comprometida la mucosa oral presentando zonas eritematosas, erosiones y úlceras, como también lesiones blancas discoideas, manifestaciones que se observan más intensas cuanto más descompensado se halla el cuadro general.

Se presenta el caso de una paciente joven con diagnóstico de LES desde hace tres años, portadora de lesiones faciales, labiales y gingivitis asociada a Biofilm bacteriano y otros factores locales contribuyentes.

Es importante que los cirujano-dentistas estén atentos a las manifestaciones que el LES puede presentar en la boca, como una de sus primeras evidencias clínicas, y así contribuir a su diagnóstico oportuno, derivando al enfermo al médico especialista. De igual forma, es importante que el médico considere el tratamiento de las lesiones orales, que suelen afectar de forma importante la calidad de vida de estos enfermos.

Palabras Claves: Lupus eritematoso, manifestaciones orales, úlcera.

ABSTRACT

Oral clinical features of systemic lupus erythematosus: a clinical case

Systemic lupus erythematosus is a chronic auto-immune disease with multiple clinical expressions varying from feeling generally run down with cutaneous lesions to severe systemic compromise affecting several organs. As with similar diseases there may be involvement of the oral mucosa, with areas of erythema, erosions and ulcers as well as white discoid lesions, all more pronounced with increasing disease severity.

We present the case of a young girl diagnosed with systemic lupus erythematosus three years before who presented facial, lip and gingival lesions associated with bacterial biofilm and other contributing local factors.

It is important that dental surgeons be aware of the possibility of finding systemic lupus erythematosus lesions in a patient's mouth, it being one of the first signs of the disease, thereby helping to reach a timely diagnosis by referring the patient to a specialist. Similarly, the physician should consider treating oral lesions as these have an important effect on the patient's quality of life.

Key Words: lupus erythematosus, oral expression, ulcer.

INTRODUCCIÓN

El Lupus Eritematoso es una enfermedad autoinmune, inflamatoria crónica y multisistémica, en la que el paciente desarrolla anticuerpos (Anticuerpos antinucleares y antiADN) contra muchas de sus estructuras orgánicas, atacando por error el tejido sano ⁽¹⁾. Su etiología es desconocida, aunque se asocia a factores genéticos, hormonales y a alteraciones inmunitarias, pudiéndose desencadenar por asociación a diversos factores como virus, exposición solar, sustancias químicas y fármacos, entre otros.

Se describen dos formas clínicas de la enfermedad, el Lupus Eritematoso Discoide (LED) y el Lupus Eritematoso Sistémico (LES), donde el primero es localizado con afectación de la piel y las mucosas; en la segunda, también pueden verse afectados los elementos figurados de la

sangre, el sistema nervioso, el riñón, las serosas y el pulmón, entre otros órganos. La hiperactividad policlonal de anticuerpos favorece la activación del complemento, la liberación de factores quimiotácticos y la infiltración de mediadores inflamatorios en las zonas dianas.

El LES se ha clasificado como una enfermedad del colágeno, donde las alteraciones histológicas de las mucosas pueden presentar una superficie verrugosa y paraqueratinizada y su tejido conectivo mostrar la aparición de células espumosas o xantomatosas, rellenas de lípidos, PAS positivas y resistentes a la diastasa ⁽¹⁾. Sus manifestaciones clínicas son variadas, van desde el decaimiento general, artritis y/o dermatitis, hasta el compromiso renal o nervioso ⁽²⁾. Se sugiere sospechar de esta patología ante la presencia de fotosensibilidad y la existencia de lesiones cutáneas en forma de alas de mariposa en la región malar y dorso de la nariz, principalmente observable en mujeres jóvenes.

Correspondencia: jorge.godoy@uv.cl

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

La heterogeneidad de signos y síntomas pueden llevar a confundir el LES con mononucleosis infecciosa, VIH, hepatitis virales, endocarditis bacteriana y Parvovirus B19 ⁽²⁾. En ocasiones se puede acompañar de síntomas de fibromialgia, lo que hace más difícil su diagnóstico.

Su mortalidad se asocia a infecciones, enfermedades cardiovasculares y complicaciones renales. En Chile su tasa de supervivencia se estima en 92% a 5 años, similar a países desarrollados; de 77% a 10 años y de 66% a 15 años ⁽³⁾.

La enfermedad evoluciona en brotes, con periodos alternados de remisión y exacerbación; se observa con mayor frecuencia en el sexo femenino, en relación 10:1 con el masculino, manifestándose más frecuentemente en la edad adulta, entre los 30 y 50 años ⁽²⁾.

El propósito de esta publicación es exponer las características clínicas de las lesiones gingivales y de la mucosa oral asociadas al LES, en base a la presentación de un caso clínico, condición que no siempre es evaluada adecuadamente por los profesionales de la salud.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente del sexo femenino de 25 años, derivada al Servicio de Odontología del Hospital Dr. Gustavo Fricke por “dolor en las encías”. Con antecedente de LES, diagnosticado tres años antes, durante un embarazo que terminó en pérdida fetal. Actualmente en tratamiento con Hidroxicloroquina sulfato, 200 mg/día, Ácido Fólico, 1 mg/día, Prednisona, 5mg/día y Metotrexato, 7,5 mg a la semana.

Al examen clínico facial se observó una erupción cutánea en la zona malar bilateral y sequedad de la semi-mucosa labial. Se pesquisó click articular temporomandibular bilateral, salto articular y antecedente de subluxación previa.

Al examen endobucal, se apreció rotación de los dientes anteriores y una desarmonía dentomaxilar apiñada leve, con una mordida abierta anterior. Al evaluar la mucosa bucal se observó una lesión blanquecina en la zona interna de la mejilla, que no sale al raspado, descartándose la presencia de Candidiasis, compatible con Morsicatio Bucarum, lesión generada por el trauma al morderse a repetición, generalmente inconsciente, la cara interna de la mejilla. Se apreció un flujo salival normal. La paciente relata la ocurrencia de úlceras a repetición en la mucosa de la mejilla, aunque al momento del examen no se aprecia ninguna (**ver figura 1**).

La mucosa gingival se apreció francamente eritematosa e inflamada, con hemorragias espontáneas y localizadas junto a depósito de cálculo, tanto supra como subgingival. Se pudo apreciar una buena higiene oral. No se constataron profundidades de sondajes aumentadas, ni pérdida de la inserción clínica. Se observó una encía adherida disminuida. La lesión descrita es compatible con el diagnóstico de gingivitis como manifestación de condición sistémica. En el examen dentario no se apreciaron caries pero sí fluorosis leve, según la clasificación de Dean, con una distribución irregular de al menos un 25% de la superficie dentaria vestibular afectada (**ver figura 2**).

FIGURA 1

Lesión tipo leucoplaquia en zona interna de mejilla derecha.



FIGURA 2

Vista oral evidenciando la inflamación gingival y la hemorragia espontánea, asociada a una higiene oral buena.



El examen radiográfico evidenció una altura ósea alveolar normal, sin lesiones en el espacio periapical ni periodontal, excepto en la zona de los incisivos inferiores donde presentaba una reabsorción ósea leve. Los dientes incisivos centrales inferiores, número 3.1 y 4.1, se observaron con enanismo radicular. Los molares presentan troncos radiculares del tipo A, donde las furcaciones se encuentran en el tercio radicular más coronal, cercanos al límite amelocementario (**ver figura 3**). Se observó inclusión de los terceros molares, con una inclinación hacia distal.

FIGURA 3

Radiografía Panorámica evidenciando terceros molares semincluidos y enanismo radicular dientes 3.1 y 4.1.



Se sometió a la paciente a tratamiento etiológico periodontal en base a destartraje y eliminación de factores retenedores de Biofilm bacteriano, efectuándolo en dos sesiones separadas por dos semanas. Se le instruyó en la técnica de cepillado dental, uso de la seda dental y cepillos interproximales. Se le indicó un colutorio en base a Digluconato de Clorhexidina al 0,12% en combinación con el uso de gel del mismo producto al 2,0%, dos veces al día por dos semanas. Al control de un mes de tratamiento la lesión gingival con sus parámetros clínicos habían mejorado. No presentaba hemorragia gingival espontánea ni al sondaje. El dolor en las encías había desaparecido.

DISCUSIÓN

Se conoce que diversas enfermedades sistémicas tienen alguna expresión clínica tanto en los tejidos como en las funciones de la boca. Las enfermedades del colágeno, como el LES, el síndrome de Sjögren, la dermatomiositis, la artritis reumatoide y la enfermedad de Behcet, presentan comúnmente manifestaciones como ulceraciones orales, caries, xerostomía, otras lesiones de la mucosa y cuadros gingivales⁽⁴⁾.

Se han descrito manifestaciones patológicas bucales en el 20 a 45% de los pacientes con LES, siendo estas lesiones más evidentes en las zonas de la mucosa bucal, paladar duro y borde libre labial, especialmente si la enfermedad de base se encuentra activa⁽⁵⁾. En ocasiones, los mismos fármacos utilizados para el tratamiento del LES pueden provocar alteraciones similares; por ejemplo, es el caso de los inmunosupresores y los corticoides, pudiendo entonces confundirse el diagnóstico etiológico de las manifestaciones orales descritas. En el caso clínico que se presenta, la lesión gingival desapareció luego del tratamiento local (destartraje, cepillado, etc.), por lo que se descartó la posible incidencia de los fármacos en uso como causantes de las lesiones orales descritas. También es oportuno considerar que el uso de fármacos en el LES puede enmascarar o mitigar la severidad de las lesiones periodontales, retardando el diagnóstico y el tratamiento de estas lesiones orales⁽⁶⁾.

Las lesiones orales descritas en LES pueden ser eritematosas, discoides o ulcerativas⁽⁵⁾. La presentación clásica es en discos, con una zona eritematosa, atrofica, o ulcerada central, alrededor de la cual se observan estrías blancas⁽⁷⁾. Algunas variaciones incluyen placas blancas en forma de panal o placas queratóticas elevadas (Lupus Eritematoso Verrugoso) y además eritema inespecífico. Puede presentarse además púrpura, petequias o úlceras de bordes irregulares en la mucosa. Cuando se observan úlceras orales recurrentes, pueden asociarse a manifestaciones articulares y/o cutáneas⁽⁸⁾. Además, las lesiones discoides típicas de la piel suelen estar presente también en el borde bermellón de los labios⁽⁷⁾. En algunos casos se ha descrito la presencia de queilitis angular.

Desde el punto de vista histopatológico, las lesiones del LES son similares a las observadas en el liquen plano oral y en el eritema multiforme, con lesiones inflamatorias subepiteliales, en forma de bandas, que pueden acompañarse con vesículas submucosas profundas⁽⁹⁾. Estas lesiones son sensibles al uso de la tinción ácida de Schiff en la zona de la membrana basal. Además, el test de inmunofluorescencia directa muestra depósitos de inmunoglobulinas y complemento a lo largo de la membrana basal, en un patrón granular, característico de las reacciones de hipersensibilidad tipo III.

En un estudio efectuado en Colombia, el 83,3% de los pacientes con diagnósticos de LES presentaban alguna lesión oral, siendo las más prevalentes la candidiasis pseudomembranosa (47,3%), petequias (23%) y Úlceras (30,9%). Más del 75% presentaban Xerostomía y ardor bucal⁽⁵⁾.

Si bien la principal manifestación en la mucosa oral de la paciente fue una Gingivitis como manifestación de condición sistémica⁽¹⁰⁾, se observó la presencia de ciertos factores locales contribuyentes como el cálculo dental. La severidad de la lesión gingival se consideró avanzada, particularmente por tratarse de una paciente joven. Afortunadamente, al tratar el factor etiológico, por eliminación de los depósitos duros y el Biofilm bacteriano, se logró revertir la condición descrita hasta un buen nivel de salud gingival. Dada su remisión con este solo tratamiento, se descartó como probable factor etiológico el uso de los medicamentos inmunosupresores. La motivación y la instrucción de una buena técnica de higiene oral, fueron pilares fundamentales en el tratamiento.

Es importante considerar la importancia del tratamiento precoz de la inflamación gingival, por constituir el estado previo de una infección más severa denominada Periodontitis. Esta última puede presentar abscesos y reabsorción ósea alveolar, incluso con pérdida del diente involucrado.

Se postula que la Periodontitis, definida como una infección y pérdida de los tejidos de soporte dentario a causa del Biofilm bacteriano podría ser un factor crítico en la mantención de la respuesta inflamatoria que ocurre en el LES, como factor gatillante secundario de la respuesta autoinmune, manteniéndose así la actividad de la enfermedad⁽⁶⁾. Uno de los mecanismos propuestos para esta relación, es el efecto coadyuvante de los productos microbianos, que podrían interactuar con el sistema inmune, ya sea por camuflaje de antígenos o alteración en la apoptosis de células del hospedero, ocasionando una disfunción en el sistema inmune. Otro posible mecanismo de acción es el cambio producido en la células endoteliales. La Periodontitis podría aumentar el nivel de proteína C reactiva, contribuyendo a la hipercoagulación y aumento en el nivel de la expresión de moléculas de adhesión en las células endoteliales.

COMENTARIO FINAL

Las lesiones orales como manifestación de condiciones sistémicas pueden afectar la calidad de vida de los pacientes, alterando su alimentación, el estilo de vida y la socialización, entre otros factores. Un estudio en pacientes con Lupus Eritematoso Cutáneo reveló que el 50% de ellos cree que su enfermedad los impacta desde una forma moderada a una muy grave en su calidad de vida ⁽¹¹⁾. Este tipo de estudios valoran parámetros estéticos y de sociabilización, sin incluir la salud o el estado bucal en las mediciones. Por ello, es importante la evaluación integral de estos pacientes, bajo el concepto integrador de calidad de vida, así como una planificación multidisciplinaria del tratamiento.

Los odontólogos, como observadores obligados de las lesiones bucales y faciales, deben monitorear minuciosamente a los pacientes con LES, estableciendo tratamientos adecuados que eviten infecciones en esta área, las que pueden agravarse determinando cuadros más complejos. Dado que varias de las lesiones que hemos descrito, se manifiestan precozmente en forma silenciosa, es el rol del odontólogo pesquisarlas tempranamente para contribuir al diagnóstico de cuadros sistémicos muy relevantes.

La Sociedad Chilena de Reumatología, a petición del Ministerio de Salud, desarrolló una Guía Clínica sobre LES basada en la mejor evidencia disponible y en la opinión de expertos ⁽²⁾, definiendo los niveles de atención, criterios de derivación según su gravedad y recomendaciones para el manejo de sus principales complicaciones. En esta Guía no se consideraron las lesiones orales de los pacientes que padecen de LES, que si bien no tienen una gravedad ni compromiso vital, sí afecta su calidad de vida.

Diversos estudios han asociado índices de salud mental y física de expresión desfavorable en pacientes con LES ⁽¹²⁾. No obstante, una relación social negativa es el factor que más afectaría a estos enfermos en su calidad de vida. En consecuencia, es importante considerar el tratamiento multidisciplinario de estos enfermos, de forma de dar solución integral a sus problemas de salud ⁽¹³⁾.

REFERENCIAS

1. **Bascones A.** Medicina Bucal. 3 ed. Bascones A, editor. Madrid - España: Ediciones Avances Médico-Dentales, S.L.; 2004. 123-59 p.
2. MINSAL, SOCHIRE. Guía Clínica Lupus Eritematoso Sistémico Rev Chil Reumatol. 2011;28(1):5-38.
3. **Massardo L,** Martínez ME, Iacobell S. Survival of Chilean patients with systemic lupus erythematosus. Semin Arthritis Rheum. 1994;24(1):1-11.
4. **Reis TRC,** Nogueira BML, Domínguez MCL, de Menezes SAF, da Silva e Souza PAR, Menezes TOA. Manifestaciones Orales en Pacientes Reumatológicos- una Revisión de los Conocimientos. Int J Odontostomat. 2015;9(3):413-8.
5. **Ángel N,** Echeverry N, Restrepo P, González L, Rodríguez L, Vásquez G. Manifestaciones bucales en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico. Rev Colomb Reumatol. 2010;17(1).
6. Camara MR, da Silva CM, Sztajnbock F. Periodontitis and systemic lupus erythematosus. Rev Bras Reumatol. 2016;56(2):165-70.
7. Chi AC, Neville BW, Krayner JW, Gonsalves WC. Oral Manifestations of Systemic Disease. Am Fam Physician. 2010;82(11):1381-8.
8. **Toche P,** Salinas J, Guzmán MA, Afani A, Jadue N. Úlceras orales recurrentes: Características clínicas y diagnóstico diferencial. Rev Chil Infect. 2007;24(3):215-9.
9. **Albillos JB,** Lam DK, Clokie CML, Sándor GKB. Systemic Lupus Erythematosus: a Review for Dentist. JCDA. 2001;73(9):823-8.
10. **Matesanz-Pérez P,** Matos-Cruz R, Bascones-Martínez A. Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. Av Periodon Implantol. 2008;20(1):11-25.
11. Batalla A, García-Doval I, Peon G, de la Torre C. A quality-of-life study of cutaneous lupus erythematosus. Actas Dermosifiliogr. 2013;104(9):800-6.
12. Ariza K, Isaza P, Gaviria A, Quiceno J, Vinaccia S, Alvarán L. Calidad de vida relacionada con la salud, factores psicológicos y fisiopatológicos en pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico. Terapia psicológica. 2010;28(1):27-36.
13. Gómez-Contreras P, De la Teja-Ángeles E, Ceballos-Hernández H, Elías-Madrigal G, Estrada-Hernández E, Gutiérrez-Hernández A. Tratamiento estomatológico interdisciplinario del lupus eritematoso generalizado. Presentación de un caso. Acta Pediatr Mex. 2015;36(4):330-6.

copyright © 2017 Fundación Lucas Sierra



¿Aún no es Socio de nuestra Fundación?

Fonos 32 267 7857 - 32 267 5014
lucassierra@fundacionlucassierra.cl