

Manifestaciones orales y su manejo odontológico en pacientes con enfermedades autoinmunes. Revisión sistemática de la literatura.

Nicolas David Ortiz Núñez

María Alejandra Acevedo Camargo

Universidad Antonio Nariño

Facultad de Odontología

Cúcuta, 2023

Manifestaciones orales y su manejo odontológico en pacientes con enfermedades autoinmunes. Revisión sistemática de la literatura.

Nicolás David Ortiz Núñez

María Alejandra Acevedo Camargo

Asesor científico

Norma Patricia Díaz

O.D Especialista en Estomatología y Cirugía Oral

Asesor metodológico

Blanca Lynne Suárez Gélvez

OD. MSC. Ciencias Básicas Médicas

Universidad Antonio Nariño

Facultad de Odontología

Cúcuta, 2023

Dedicatoria

Primero que todo a Dios, quien puso en mi camino el conocimiento y sabiduría para finalizar esta etapa, a mis padres que confiaron en mí, me apoyaron y me dieron un amor incondicional para poder seguir adelante a pesar de los obstáculos, a mi tía diana por aconsejarme y ser una mamá adoptiva para mí y a mi nona que siempre me brindo un excelente apoyo.

Nicolas David Ortiz Núñez

Dedico este trabajo primeramente a Dios por ser el mayor participe de mi vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional y personal, a mi linda mamá por demostrarme cada día su amor, su dulzura y su apoyo incondicional, a mi padre que fue quien me impulso a estudiar esta carrera y que siempre estuvo conmigo sin importar nuestras diferencias, a mi abuelita y a mi hermana ya que sin ellas nada de esto hubiese sido posible, y a cada una de las personas que me acompañaron en este proceso y poder formarme como profesional.

María Alejandra Acevedo Camargo

Agradecimientos

Agradecemos en primer lugar, a Dios, quien nos llenó de mucha sabiduría, fuerza y perseverancia para culminar con este trabajo de grado, a nuestra familia por el amor y apoyo incondicional que siempre nos brindaron a lo largo de este camino.

A nuestra asesora metodológica, la Doctora Blanca Lynne Suárez por aportar tanto apoyo y su conocimiento para la realización de este trabajo y a nuestra asesora científica, la Doctora Norma Patricia Díaz por la paciencia, el apoyo, la dedicación, por brindarnos sus conocimientos y orientarnos siempre de la mejor manera para poder lograr culminar con este trabajo de grado.

Nicolas David Ortiz Núñez

María Alejandra Acevedo Camargo

Resumen

Las enfermedades autoinmunitarias son patologías donde el sistema inmunológico pierde la capacidad de distinguir entre los componentes propios y los extraños, lo que lleva a que células y tejidos propios del cuerpo sean atacados por el sistema inmunitario.

Objetivo: Determinar las manifestaciones orales y su manejo odontológico en pacientes con enfermedades autoinmunes, con el fin de contribuir al diagnóstico y tratamiento adecuado.

Materiales y métodos: Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura utilizando bases de datos como PubMed, SciELO y Google académico. Se incluyeron estudios en inglés, español y portugués publicados entre los años 2014 y 2023.

Resultados: Se encontró que los pacientes con lupus eritematoso sistémico presentan con frecuencia úlceras orales, liquen plano oral y gingivitis. En artritis reumatoide padecen periodontitis y artralgia de la articulación temporomandibular, en pénfigo vulgar las lesiones más comunes son las ampollas intraorales y erosiones orales. En el síndrome de Sjögren, se observa frecuentemente xerostomía y sialoadenitis, mientras que, en la esclerosis sistémica, lesiones orales como telangiectasias orales y trastornos de la motilidad esofágica. los pacientes con enfermedad de Behcet pueden presentar úlceras genitales, úlceras orales.

conclusión: Se determinó por medio de la revisión de la literatura que los pacientes con enfermedades autoinmunes, su tratamiento tanto patológico como sintomatológico debe ser manejado de forma integral entre el médico y el odontólogo, ya que existen discrepancias a nivel farmacológico que como efecto adverso pueden inducir daño en la cavidad oral.

Palabras claves: “enfermedad autoinmune” “manejo odontológico” “tratamiento odontológico

Abstract

Autoimmune diseases are pathologies in which the immune system loses the ability to distinguish between its own and foreign components, which leads to the body's own cells and tissues being attacked by the immune system.

Objective: To determine the oral manifestations and their dental management in patients with autoimmune diseases in order to contribute to the diagnosis and adequate treatment.

Materials and methods: A systematic review of the literature was carried out using databases such as PubMed, SciELO and Google Scholar. Studies in English, Spanish and Portuguese published between 2014 and 2023 were included.

Results: It was found that patients with systemic lupus erythematosus frequently present oral ulcers, oral lichen planus and gingivitis. In rheumatoid arthritis they suffer from periodontitis and arthralgia of the temporomandibular joint, in pemphigus vulgaris the most common lesions are intraoral blisters and oral erosions. In Sjögren's syndrome, xerostomia and sialoadenitis are frequently observed, while in systemic sclerosis, oral lesions such as oral telangiectasias and esophageal motility disorders. patients with Behcet's disease may present genital ulcers, oral ulcers.

Conclusion: It was determined through the review of the literature that patients with autoimmune diseases, their pathological and symptomatological treatment should be managed in an integrated manner between the physician and the dentist, since there are discrepancies at the pharmacological level that as an adverse effect can induce damage in the oral cavity.

Key words: "autoimmune disease" "dental management" "dental treatment".

Tabla de contenido

Introducción	12
Planteamiento del Problema	14
Formulación del problema	16
Objetivos	18
Objetivo General	18
Objetivos Específicos.....	18
Marco teórico y referencial	19
Lupus eritematoso sistémico (LES)	21
Artritis reumatoidea	29
Síndrome de Sjögren.....	30
Pénfigo vulgar.....	34
Esclerosis sistémica	35
Enfermedad de Behcet	36
Factores etiopatogenicos de las enfermedades autoinmunes	38
Prevalencia de las enfermedades autoinmunes	42
Artritis reumatoidea	48
Síndrome de Sjögren.....	51
Pénfigo vulgar.....	52

Esclerosis sistémica	53
Enfermedad de Behcet	54
Manejo odontológico de las manifestaciones orales en pacientes con enfermedades autoinmunes	55
Lupus eritematoso	55
Artritis reumatoidea	57
Síndrome de Sjögren.....	58
Pénfigo vulgar.....	61
Enfermedad de Behcet	63
Diseño metodológico	66
Tipos de investigación	66
Población y muestra.....	66
Criterios de inclusión	66
Criterios de exclusión	67
Materiales y métodos	67
Análisis estadístico.....	70
Resultados.....	71
Manifestaciones orales y su manejo odontológico en pacientes con enfermedades autoinmunes.	71

Lesiones frecuentes presentes en la cavidad bucal de los pacientes con enfermedades autoinmunes.....	73
Manifestaciones orales que se presentan en pacientes con enfermedades autoinmunes según su ubicación y sintomatología	77
Manejo odontológico de las manifestaciones orales que presentan los pacientes con enfermedades autoinmunes.....	79
Discusión.....	82
Conclusiones	86
Recomendaciones	87
Lista de referencias bibliograficas	88

Lista de tablas

Tabla 1. Lesiones frecuentes presentes en la cavidad bucal de los pacientes con enfermedades autoinmunes	75
Tabla 2. enfermedades autoinmunitarias y sus manifestaciones orales	78

Lista de figuras**Figura 1.** Diagrama de flujo

69

Introducción

El sistema inmunológico es la defensa natural del cuerpo contra las infecciones. Por medio de una serie de pasos, su cuerpo combate y destruye organismos infecciosos invasores antes de que causen daño. Cuando su sistema inmunológico está funcionando adecuadamente, le protege de infecciones que le causan enfermedad. (Reyes L, 2016)

La autoinmunidad del término refiere a un incidente del sistema inmune del cuerpo de reconocer sus propias células y tejidos como “uno mismo”. En lugar, las inmuno respuestas se ponen en marcha contra estas células y tejidos como si fueran cuerpos no nativos o invasores. (Reyes L, 2016)

Las enfermedades autoinmunes (EA) son causadas cuando un daño intrínseco del sistema inmunológico, que trae como consecuencia la pérdida de la autotolerancia, condiciona respuestas anormales frente a estructuras propias, lo que genera un daño tisular que perdura en el tiempo. Las causas aún no son totalmente conocidas, pero en su origen se ha podido reconocer múltiples factores etiológicos y varios de los genes involucrados están relacionados con el reconocimiento proteico entre las superficies de las membranas celulares del sistema inmunológico y las que forman el resto del organismo. La mayor contribución se debe a los genes del sistema principal de histocompatibilidad (SPH) y hay múltiples ejemplos de asociación entre las EA y determinados antígenos del SPH, ya que estos genes pueden influir en la selección de los linfocitos autorreactivos y en el desarrollo de la autotolerancia. Por otra parte, las influencias ambientales, principalmente causadas por infecciones, pueden predisponer para la autoinmunidad a través de varios mecanismos, entre ellos la estimulación de los coestimuladores en los tejidos y las reacciones cruzadas entre antígenos microbianos y autoantígenos frente a anticuerpos, al convertirlos en auto-

anticuerpos (AA). También se han encontrado: la modificación de los receptores, los cambios anatómicos o las radiaciones, como elementos predisponentes. (Reyes L, 2016)

En el presente trabajo se reportan las enfermedades de lupus eritematoso sistémico, que se refiere a una patología crónica caracterizada por su respuesta autoinmunitaria que se presenta mayormente en el sexo femenino y en poblaciones hispanoamericanas. La Artritis reumatoidea es una enfermedad inflamatoria de etiología desconocida que se puede desarrollar a cualquier edad y sexo, aunque su prevalencia según estudios es de mujeres de mediana edad, afectando piel, ojos, pulmones, corazón, entre otros tejidos del cuerpo, pero son las articulaciones que se ven más afectadas. El Síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune que se produce por una filtración progresiva de linfocitos T y células plasmáticas desencadenando destrucción del parénquima glandular que afecta solo las glándulas salivales. El Pénfigo vulgar se refiere a un grupo de enfermedades autoinmunes vesicoampollares que se caracteriza por la pérdida de adhesión intraepitelial que afectan las membranas mucosas y la piel. La esclerosis sistémica es una enfermedad crónica caracterizada por fibrosis generalizada de la piel y órganos internos, asociada a la producción de autoanticuerpos. La enfermedad de Behcet es de origen desconocido, se distingue por tres factores típicos como lo son las úlceras orales, las úlceras genitales y la inflamación ocular. (Saccucci M. 2018)

La presente tesis es una revisión de la literatura en la que se reúne información de diferentes autores como propósito de facilitar la identificación, clasificación y manejo odontológico en pacientes con enfermedades autoinmunes que permita el conocimiento para ayudar a los odontólogos a tomar conciencia sobre el daño que puede ocurrir en la cavidad oral y proponer un tratamiento temprano para que estas no empeoren.

El problema

Planteamiento del Problema

Una enfermedad autoinmune se produce por el sistema inmunitario que ataca las células del mismo organismo. Estas enfermedades pueden llegar a ser crónicas debido a su alto contenido de autoantígenos que no se pueden eliminar, lo cual crea daños en el organismo a tal punto de comprometer uno o más órganos, llegando a afectar aproximadamente al 5% de la población. (Reyes O. 2016)

Las enfermedades autoinmunes (EA) son provocadas por un daño intrínseco del sistema inmunológico como consecuencia de la pérdida de la autotolerancia que condiciona respuestas anormales frente a estructuras propias, lo que genera un daño tisular que perdura en el tiempo. Las causas son multifactoriales y la predisposición genética es poligénica, lo que provoca proteínas diferentes en las células inmunológicamente activas o en las orgánicas. Las EA se han clasificado en dos grandes grupos: las sistémicas y las órgano-específicas, pero en realidad son un amplio espectro de enfermedades y algunas de ellas no podrían definirse como de un tipo o de otro, pues estarían en el centro de este espectro. (Reyes L, 2016)

Saccucci menciona un dato importante que da los primeros indicios de que se están presentando algún tipo de estas enfermedades en la cavidad bucal, ya que por su complejidad a la hora de ser diagnosticada y su difícil tratamiento esta ayuda a detectarla con mucha más eficacia. (Saccucci M. 2018)

Se estudiaron las muestras provenientes de 540 sujetos con sospecha clínica de patología autoinmune remitidas para análisis de anticuerpos antinucleares (ANA.) La media poblacional de la serie estudiada 43 a 16 años. La prevalencia de expresividad de ANA detectada fue de 27.9%

(IC95% 24.1-31.7%), siendo mayor en mujeres (30.9%) que en hombres (17.24%) debido a que las enfermedades autoinmunes en mujeres tienen mayor prevalencia a causa de factores hormonales relacionados con la menopausia, lo que además puede justificar la mayor prevalencia identificada en el grupo de adultos y adultos mayores, en quienes se suma la disminución de la actividad de los linfocitos T reguladores, que conlleva la activación de linfocitos autorreactivos con capacidad de atacar a antígenos propios. (Santafé-Sarzosa L. 2019)

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune, crónica, inflamatoria, que tiene manifestaciones clínicas muy diversas que afectan la función de distintos órganos y sistemas del cuerpo. la incidencia se ha estimado entre 1.8 y 7.6 casos por cada 100,000. La supervivencia a los 5 años post diagnóstico ha mejorado de forma progresiva, probablemente debido a una mejor comprensión de la enfermedad, a la aparición de nuevas terapias inmunosupresoras y de mejores tratamientos para el control de los daños. (Coronado A. 2018)

El pénfigo vulgar es una enfermedad autoinmune poco común que afecta la piel y mucosas, su etiología es desconocida, presenta una elevada tasa de mortalidad, son muy comunes las manifestaciones en cavidad oral de esta enfermedad. Es de gran importancia la detección temprana por parte del odontólogo para dar un diagnóstico acertado y posible tratamiento. (Carmona L. 2018)

Existen cinco clases de pénfigo: pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, pénfigo paraneoplásico y pénfigo inducido por medicamentos (IgA), sin embargo, solo presentan manifestaciones orales el pénfigo vulgar y el pénfigo paraneoplásico. (Carmona L. 2018)

Estas manifestaciones orales por lo general se presentan en sus etapas más tempranas, y el diagnóstico precoz y tratamiento efectivo es clave para mejorar los resultados, así como el diagnóstico sistémico y examen estomatológico beneficiaran las lesiones que el paciente presente en cavidad oral tras la atención especializada por parte de odontólogos en colaboración con el equipo médico.

Ante el desconocimiento del manejo odontológico de pacientes diagnosticados con enfermedades autoinmunes por parte de los estudiantes de la universidad Antonio Nariño, surge la necesidad de abordar la revisión sistemática de la literatura sobre manifestaciones orales en pacientes con enfermedades autoinmunes y el manejo odontológico que se le presta a cada uno de ellos de acuerdo a la enfermedad que presente, ya que como estudiantes de odontología y futuros odontólogos es de gran importancia tener conocimientos sobre este tema puesto que día a día se presentan pacientes donde pueden aparecer algún tipo de estas manifestaciones orales, por eso es necesario dar un diagnóstico acertado y efectivo así como también ayudar en el tratamiento odontológico que requiera bajo todos los cuidados que se debe tener en cuenta ante su enfermedad, es por ello que se busca generar al odontólogo información, un material conciso y claro para que pueda identificar las diferentes enfermedades, que puedan tener una mejor orientación en cuanto su manejo y diagnóstico en las manifestaciones orales.

Formulación del problema

Las enfermedades autoinmunes se producen por el sistema inmunitario que ataca las células del organismo, estas pueden ser mediados por anticuerpos que contienen diferentes patógenos como la activación del complemento, el reclutamiento de células inmunitarias a través de receptores, estos causan citotoxicidad celular, fagocitosis, inflamación y destrucción del sistema inmunitario.

Entre otras enfermedades como el síndrome de Sjögren, lupus eritematoso, pénfigo vulgar, artritis reumatoide y entre ellas las lesiones orales más comunes se reportan; hiposalivación, liquen plano, aftas, úlceras, procesos cariosos e infecciones micóticas, pero si se tratan estas enfermedades y se obtiene un diagnóstico temprano se puede dar un tratamiento efectivo para poder mejorar el tiempo y los resultados en la enfermedad que ataca la cavidad oral. Se desconoce el conocimiento que tienen los estudiantes de Odontología de la Universidad Antonio Nariño sede Cúcuta relacionado con criterios y manifestaciones de las enfermedades autoinmunes lo que permitirá que se resuelva el siguiente interrogante ¿Cuáles son las manifestaciones orales y su manejo odontológico en pacientes con enfermedades autoinmunes según la revisión de la literatura?

Objetivos

Objetivo General

Determinar las manifestaciones orales y su manejo odontológico en pacientes con enfermedades autoinmunes.

Objetivos Específicos

- Identificar las lesiones frecuentes presentes en la cavidad bucal de los sujetos con enfermedades autoinmunes.
- Clasificar las manifestaciones orales que se presentan en pacientes con enfermedades autoinmunes según su ubicación y sintomatología.
- Determinar el manejo odontológico de las manifestaciones orales que presentan los pacientes con enfermedades autoinmunes.

Marco teórico y referencial

La autoinmunidad es una respuesta inmunitaria dirigida contra un antígeno en el cuerpo del huésped. La definición no distingue si la respuesta es inducida por un antígeno extraño o autóctona. Por lo general, implica la respuesta de células T y las células B. Sólo se requiere que la respuesta inmunitaria adaptativa se dirija a un autoantígeno. La enfermedad autoinmunitaria es una condición patológica causada por la respuesta autoinmunitaria adaptativa. Sin embargo, estas definiciones pueden ser poco claras porque con frecuencia es difícil asignar causalidad cuando se trata de una enfermedad de seres vivos (Palmezano-Diaz J. 2018)

Las enfermedades autoinmunitarias se clasifican según la afectación que producen en el organismo dependiendo si produce manifestaciones sistémicas, órgano-específicas o ambas. Las enfermedades autoinmunitarias sistémicas se subclasifican en enfermedades del tejido conectivo y del tejido mixto conectivo, y las enfermedades autoinmunitarias órgano-específicas se subclasifican de acuerdo con el órgano afectado, por ejemplo: tiroides, músculo, corazón, hígado, piel, páncreas, entre otros. (Palmezano-Diaz J. 2018)

Este tipo de enfermedades pueden clasificarse en dos grandes grupos las cuales son enfermedades autoinmunitarias sistémicas que desprenden dos subgrupos considerando el tipo de daño y afectación en enfermedades del tejido conectivo con enfermedades del tejido mixto conectivo, las enfermedades autoinmunitarias órgano específicas el segundo grupo. En enfermedades del tejido conectivo se encuentran: lupus eritematoso, artritis reumatoide, esclerosis sistémica, espondilitis anquilosante, artiritis reactiva, pilimiositis/dermatomiositis, síndrome de Sjögren. En enfermedades del tejido conectivo mixto se encuentran: síndrome de behcet, síndromes vasculíticos, poliarteritis nodosa, arteritis temporal, arteritis de takayusa,

enfermedad de kawasaki, granulomatosis de wegener, síndrome de chur-strauss, sarcoidosis. (Palmezano-Díaz J. 2018)

En el segundo grupo de enfermedades autoinmunitarias órgano-específicas se encuentra: tiroidismo de Hashimoto, esclerosis múltiple, miastenia gravis, fiebre reumática, anemia perniciosa, enfermedad de Crohn ulcerativa, enfermedad celíaca, enfermedad de Addison, diabetes tipo 1 autoinmunitaria, penfigos, psoriasis, vitiligo, anemias hemolíticas, púrpura trombocitopénica autoinmunitaria. (Palmezano-Díaz J. 2018)

Las enfermedades autoinmunes son aquellas donde se producen respuestas inmunes que son lesivas para el organismo, tienen una prevalencia a nivel mundial de 990 por cada 100 mil habitantes y en la población general del 3 al 5%. El número de estudios ha sugerido que se comience a actuar contra las auto-moléculas del cuerpo en enfermedades autoinmunes porque está relacionado con factores genéticos, infecciosos y del medio ambiente. (Santafé-Sarzosa L. 2019)

La determinación de anticuerpos antinucleares (ANA) en sustratos de células humanas HEp-2 por (IFI) es el estándar de oro en el cribado diagnóstico de (EAI) establecido por el Clinical Laboratory Standards Institute (CLSI),^{7,8} permitiendo identificar inmunoglobulinas de tipo IgG en enfermedades autoinmunes, reumáticas, hepáticas, virales, gástricas y malignas con significancia clínica al relacionarse con la sintomatología del paciente. (Santafé-Sarzosa L. 2019)

Para su estudio, las EA se han clasificado en dos grandes grupos: las sistémicas y las órganoespecíficas, pero en realidad son un amplio espectro de enfermedades y algunas de ellas no podrían definirse como de un tipo o de otro, pues estarían en el centro de este espectro. (Reyes L, 2016)

Las EA sistémicas se producen cuando los anticuerpos atacan antígenos en más de un órgano o sistema de órganos. Existe un grupo de enfermedades que, a pesar de tener autoanticuerpos para antígenos específicos de algunos órganos, no presentan exclusividad para estos, como en la polimiositis (PM). El mejor ejemplo para este tipo de enfermedades es el lupus eritematoso sistémico (LES), que tiene una mayor frecuencia en las mujeres a la mitad de su vida. (Reyes L, 2016)

Además, un 75% de los afectados son mujeres en su mayoría, sobre todo en edad reproductiva, ya que se cree que las hormonas juegan un papel fundamental en su desarrollo. Obtener un diagnóstico puede resultar frustrante y estresante. En muchos casos, los primeros síntomas son fatiga, dolores musculares y fiebre más bien baja. Pero el síntoma clásico de una enfermedad autoinmune es la inflamación, que puede causar enrojecimiento, acaloramiento, dolor e hinchazón. (Reyes L, 2016)

Lupus eritematoso sistémico (LES)

Lupus eritematoso sistémico es una patología crónica caracterizada por su respuesta autoinmunitaria además de que se presenta mayormente en el sexo femenino y en poblaciones como la hispanoamericana, afroamericana y asiáticas al ser una patología sistémica presenta manifestaciones clínicas como cutáneas, neurológicas, hematológicas, renales, pulmonares, asimismo estos pacientes presentan lesiones bucales como son petequias, úlceras, queilitis y candidiasis. (Escandón, A. 2022)

Se considera que el lupus es una enfermedad compleja en la que están implicados tanto factores genéticos como ambientales (género, edad, hormonas, tabaquismo, infecciones, drogas y

las anormalidades tanto de la inmunidad innata como en la adaptativa). Los estudios familiares han revelado que la heredabilidad estimada del LES es del 44 al 66%. (Jimenez D, et al. 2021)

El Lupus eritematoso sistémico tiene un predominio femenino llamativo, con casi 10 mujeres pacientes por cada hombre afectado por la enfermedad la incidencia oscila entre 0,3 y 31,5 casos por 100000 individuos por año y ha aumentado en los últimos 40 años, probablemente debido al reconocimiento de casos más leves. La prevalencia en el mundo se acerca o incluso superan 50–100 por 100000 adultos en base a la comunidad Registros caucásicos, la mayoría de los pacientes son mujeres de mediana edad y aproximadamente el 50% de los casos son leves. Sin embargo, una proporción de los pacientes puede progresar en severidad, de modo que, los casos moderados y graves se dividen por igual tiempo a un tercio en cada categoría. La gravedad de la enfermedad puede variar según el origen étnico y generalmente es peor en pacientes de origen africano y latinoamericanos, relacionados con la salud la calidad de vida se ve muy comprometida. (Fanouriakis. A, et al. 2021)

Se estima que alrededor del mundo se encuentra más de cinco millones de personas con alguna forma de LES, millón y medio de las cuales se encuentran en estados unidos. Se calcula que 16000 personas a nivel mundial son diagnosticadas con LES anualmente. Este padecimiento afecta predominantemente a mujeres en edad reproductiva. Por cada 10 adultos diagnosticados con LES, 9 son mujeres, aunque hombre, adolescentes y niños no están exentos de padecerla. La edad de incidencia va desde los 15 hasta los 44 años de edad aproximadamente. (Jimenez D, et al. 2021)

El LES se encuentra entre las primeras 20 causas de muerte en mujeres entre los 5 a los 64 años de edad. Las mujeres de raza afroamericana e hispana ocupan el quinto lugar de decesos en mujeres entre los 15 a los 24 años, y sexta en las mujeres entre 25 a 34 años. Se estima que el 10%

al 15% de los pacientes diagnosticados con LES, morirá anticipadamente debido a complicaciones con la misma enfermedad. (Yen E, 2018)

Es importante recalcar que los afroamericanos además de tener más riesgo de padecer de LES, la gravedad de la enfermedad es mayor en estas poblaciones que en las poblaciones blancas. El riesgo de LES en los casos anteriormente mencionados aumenta en un 20% en comparación con la población en general, más específicamente un 27% para hijos de madres positivas y un 29% para hermanos de pacientes positivos. (Jimenez D, et al. 2021)

Las hormonas también desempeñan un factor significativo, en especial los estrógenos. Las mujeres que han tenido una menarca temprana o han estado en tratamiento con terapias estrógenicas tales como las utilizadas para anticoncepción o postmenopausia, han incrementado significativamente el riesgo de padecer LES. Factores ambientales tales como infecciones por Virus Epstein Barr, mycobacterias y tripanosomas, exposición a luz ultravioleta y exposición al silicio encontrado en detergentes, cigarrillos y cemento, han demostrado aumentar el riesgo de desarrollar LES (Jimenez D, et al. 2021)

Existen desarrollos celulares y mediados por células involucradas por el lupus eritematoso sistémico, aunque se ha sospechado que la participación primaria se debe sobre todo a la inmunidad mediada por células y a la participación humoral. Los depósitos de complejos inmunes de los distintos órganos liberan una reacción inflamatoria que conduce a la decadencia funcional de los órganos típicos de la enfermedad. Los anticuerpos anti-ADN (anticuerpos antinucleares, ácido desoxirribonucleico) se encuentran en el suero de los pacientes. La proliferación de estos anticuerpos esta favorecida por estrógenos. (Saccucci M, et al. 2018)

Los pacientes presentan características clínicas variables que van desde la afectación leve de las articulaciones y de la piel, hasta afectación potencialmente mortal del sistema nervioso central o renal. Algunas de ellas son: fatiga, fiebre, pérdida de peso, mialgias, sensibilidad muscular o debilidad esto ocurre en el 70% de los pacientes con LES y puede ser el primer síntoma por el cual el paciente busca atención médica, se ha observado en el 95% de los pacientes artritis y artralgiás, estas tienden a ser migratorias, también presentan compromiso mucocutáneo, la lesión más común es la erupción malar que se presenta como eritema en una distribución malar sobre las mejillas y la nariz (pero evitando los pliegues nasolabiales) que aparecen después de la exposición del sol. Algunos pacientes pueden desarrollar lesiones discoides, que son más inflamatorias y tienden a dejar cicatriz. (Jimenez D, et al. 2021)

Además, la alopecia no cicatrizal, definida como adelgazamiento difuso o fragilidad del cabello con pelos rotos visibles, ocurre en la mayoría de los pacientes con LES. Clínicamente se observa adelgazamiento difuso del cabello resultado de la sincronización de la caída del cabello, a menudo con una aparición aguda (efluvio telogénico), que es un proceso reactivo causado por un brote de LES, una enfermedad aguda, estrés hormonal o físico. La alopecia difusa relacionada al lupus es típicamente autolimitada y el cabello vuelve a su normalidad después de la reducción de la actividad lúpica. (Jimenez D, et al. 2021)

Otras manifestaciones que pueden llegar a presentar un paciente con LES, es el compromiso cardiaco y vascular, la aterosclerosis acelerada con enfermedad coronaria es una causa importante de la morbilidad y muerte prematura en pacientes con LES. El compromiso renal donde aproximadamente el 50% de los pacientes con LES desarrollan nefritis lupica durante el curso de la enfermedad, con un 15% a 20% con nefritis lupica al momento del diagnóstico de LES. El compromiso renal siendo otra característica clínica, ocurre hasta el 40% de los pacientes, las

anomalías gastrointestinales incluyen; esofagitis, pseudoobstrucción intestinal, enteropatía con pérdida de proteínas, hepatitis por lupus, pancreatitis aguda, vasculitis o isquemia mesentérica y peritonitis. (Jimenez D, et al. 2021)

El daño cutáneo es el signo clínico típico del lupus eritematoso sistémico, y se ha registrado en el 85% de los casos. Los síntomas pueden ser diferentes desde sencillas lesiones cutáneas circulares hasta el daño multiorgánico, altamente fatal. La lesión cutánea más frecuente es el eritema severo en la superficie de la piel expuesta a la luz; también, las lesiones orales discoides es una de las manifestaciones más prevalentes de la enfermedad. El sarpullido malar (fiebre de mariposa) se ubica en la nariz, las mejillas y también en las yemas de los dedos. El desarrollo de la cicatrización de estas lesiones que exponen una cicatriz central y un área alrededor muestra una intensificación muy frecuente. (Saccucci, M, et al. 2018)

En esta enfermedad se tiene afectación de las articulaciones, la piel, los músculos, los ojos, los pulmones, el sistema nervioso central y los riñones. En el campo articular, las artralgias y la artritis se relacionan con frecuencia al avance del lupus eritematoso sistémico. La artralgia tiene una descripción asimétrica y un comportamiento migratorio. La topografía de las manifestaciones articulares es extensa. También, puede involucrarse con cualquier superficie articular que se asemeje a la artritis reumatoide. Las deformidades son ocasionadas por la sucesión inflamatoria de los tendones más que por la degeneración. (Saccucci, M, et al. 2018)

A nivel cutáneo se puede observar manifestaciones purpúricas y vitíligo en diferentes ocasiones. Las lesiones de la retina, como lo es la vasculitis, a veces alcanzan a maltratar las fibras nerviosas y causan desperfectos o pérdida de la visión. La enfermedad renal o nefritis lúpica es una complejidad grave del lupus eritematoso sistémico que afecta al 30% de los pacientes. Se ha encontrado e informado lesiones petequiales y sangrado gingival como gingivitis descamativa,

gingivitis marginal o lesiones mucosas erosivas en hasta el 40% de los pacientes y pueden demostrar una trombocitopenia grave y también muchos pacientes del lupus eritematoso sistémico pueden presentar al mismo tiempo el síndrome de Sjögren. (Saccucci, M, et al. 2018)

El diagnóstico de LES se basa en reconocer las características clínicas y signos en el contexto de estudios serológicos, incluida la detección de autoanticuerpos. Los cuales incluyen ANA (anticuerpos antinucleares), anti DNA (reconocen a las diferentes estructuras o componentes del DNA), anti SM (inmunoglobulina dirigida contra ribonucleoproteínas nucleares) y antifosfolídeos para excluir diagnósticos alternativos. Esto a menudo es un desafío debido a la gran variabilidad en la expresión del LES (Wallace D, 2020)

Nunca debe dejarse de lado una historia clínica completa y un examen físico exhaustivo para lograr un diagnóstico certero y temprano. En la práctica clínica, se tienden a utilizar los criterios de clasificación del colegio americano de reumatología (ACR) para el diagnóstico del LES. El objetivo principal de los criterios de clasificación es mejorar la capacidad de diagnóstico de manera estandarizada a un grupo definido de pacientes. Es importante tomar en cuenta que los criterios de clasificación ACR para LES no engloban todo el rango de clínica que se puede encontrar en estos pacientes, sino que se centran en la identificación de los síntomas más comúnmente documentados. (Jimenez D, et al. 2021)

Para diagnosticar un paciente con LES, según los criterios del ACR es necesario que el paciente presente de forma simultánea o progresiva cuatro de los once criterios establecidos. (Jimenez D, et al. 2021). Tales como:

Erupción malar: también conocido como eritema en alas de mariposa, es fijo, plano o elevado se presenta sobre las eminencias malares, respetando los pliegues nasolabiales.

Lupus discoide: manchas o parche eritematosos elevados con escamas queratósicas adherentes y obstrucción folicular. Se puede presentar cicatrices en lesiones crónicas.

Fotosensibilidad: rash cutáneo resultado de una reacción inusual a la luz solar, informado por el paciente o por observación directa del médico.

Úlceras orales: ulceración oral o nasofaríngea, generalmente indolora, observada por un médico.

Artritis: no erosiva que involucra dos o más articulaciones periféricas, caracterizada por hipersensibilidad, edema o derrame.

Serositis: pleuritis y/o pericarditis

Trastorno renal: proteinuria persistente > 0.5 g / día o cilindros celulares

Trastorno neurológico: Convulsiones o Psicosis en ausencia de otra causa etiológica.

Trastorno hematológico: anemia hemolítica o Leucopenia 4000 / mm³ o Linfopenia

El grupo de Clínicas de Colaboración del Lupus Eritematoso Sistémico (SLICC) analizó la falta de inclusión de varias manifestaciones cutáneas y neurológicas dejadas de lado en los criterios del ACR y recalcaron la necesidad de utilizar nuevos estándares en la cuantificación de la proteinuria. Las mejoras en cuanto a los criterios inmunológicos incluyen la cuantificación de los niveles de complemento bajo y la importancia de los anticuerpos antifosfolipídicos (Jimenez D, et al. 2021)

A diferencia de los criterios ACR (Prueba para la determinación cuantitativa de albúmina, creatinina y relación albúmina/creatinina), los criterios SLICC requieren al menos un elemento clínico y un elemento inmunológico para la clasificación positiva del paciente. Para clasificar a un

paciente es necesario que el individuo presente un criterio clínico y un criterio inmunológico. (Jimenez D, et al. 2021)

Entre los criterios clínicos de clasificación elaborados por SLICC están:

Lupus cutáneo agudo: erupción malar lúpica (no cuenta si la erupción es malar discoide), lupus bulloso, variante de necrólisis epidérmica tóxica de LES, erupción lúpica maculopapular, erupción lúpica fotosensible o lupus cutáneo subagudo: lesiones psoriasiformes y / o anulares policíclicos no inducidas que se resuelven sin cicatrices, ocasionalmente con despigmentación postinflamatoria o telangiectasias. (Jiménez, D, et al. 2021)

Lupus cutáneo crónico: Se presentan manifestaciones clínicas como el sarpullido discoide clásico ubicado por arriba del cuello o generalizado por arriba y debajo del cuello, lupus hipertrófico también llamado verrugoso, la paniculitis lúpica, lupus de la mucosa, lupus eritematoso tumidus, superposición lupus discoide / liquen plano. (Jiménez, D, et al. 2021)

Ulceras nasales u orales, alopecia no cicatrizal, sinovitis que se caracteriza por hinchazón o derrame, que involucra dos o más articulaciones, afectación renal y neurológica, apareciendo así convulsiones, psicosis, neuropatía periférica o craneal y trombocitopenia. (Jiménez, D, et al. 2021)

Uno de los posibles tratamientos para esta enfermedad es el no farmacológico, en este caso se incentiva al paciente a mejorar los hábitos y optar por un estilo de vida saludable, lo que incluye ejercicio físico regular, dieta balanceada, cese del fumado y uso de protección solar tópica diaria. Esto ha demostrado disminuir la severidad y duración de los síntomas y prevenir exacerbaciones de la enfermedad. (Jiménez, D, et al. 2021)

Los pacientes con lupus tienen mayor riesgo de aterosclerosis acelerada debido al estado inflamatorio crónico que presentan. Por consiguiente, se requiere un abordaje agresivo de los

factores de riesgo cardiovascular modificables, recalcando la importancia de una dieta balanceada, actividad física regular y peso adecuado. La hipertensión y la hiperlipidemia deben tratarse de manera temprana y apropiada al presentarse. Cada paciente debe recibir la vacuna anual contra la influenza inactivada y estar al día con su esquema de vacunación, incluyendo la vacuna antineumocócica. (Jiménez, D, et al. 2021)

Se sabe que los pacientes con LES presentan mayor propensión a desarrollar neoplasias malignas, por lo tanto, se deben reforzar las pruebas de tamizaje específicas de cáncer apropiado para la edad y sexo del paciente. Por ejemplo, las mujeres con LES deben someterse a exámenes de detección de cáncer de cuello uterino anualmente. (Jiménez, D, et al. 2021)

Artritis reumatoidea

La artritis reumatoidea es una enfermedad inflamatoria crónica de etiología desconocida o multifactorial que puede desarrollarse a cualquier edad y sexo, aunque su prevalencia según numerosos estudios es en mujeres de mediana edad, puede afectar a muchos tejidos del cuerpo como piel, ojos, pulmones, corazón, riñones, glándulas salivales, tejido nervioso, medula ósea y vasos sanguíneos, pero son las articulaciones las que se ven más afectadas causando una dolorosa tumefacción que puede finalmente causar erosión y deformidad a nivel óseo. Se produce una inflamación crónica de la membrana sinovial, esta se torna más gruesa y se producen cantidades anormales de líquido sinovial. Los síntomas varían, pueden aparecer como xerostomía, fiebre, pérdida de peso, fatiga, debilidad, zonas de enrojecimiento, tumefacciones, dolor muscular, entumecimiento y sensación de hormigueo. (Lazo. G, et al. 2021)

A nivel articular suele afectar por lo general a las mismas articulaciones en ambos lados del cuerpo (simétricamente), en fases iniciales afecta a las pequeñas articulaciones como las manos

y los pies y a medida que progresa la enfermedad puede afectar otras articulaciones como la cadera o columna vertebral. A nivel de la Articulación Temporomandibular, el área articular está inflamada y el movimiento de la mandíbula se encuentra limitado, hay presencia de dolor a nivel articular y muscular que puede ser leve o intenso dependiendo el umbral de dolor de cada persona. La artritis reumatoidea es una colagenopatía y por lo tanto el colágeno se encuentra deficiente y alterado, se puede encontrar alteraciones en la membrana sinovial, presencia de osteofitos (generalmente se encuentran a nivel anterosuperior del cóndilo), aplanamiento o deformación condilar con pérdida del espacio articular. (Lazo. G, et al. 2021)

La articulación temporomandibular rara vez es incluida en estudios de progresión radiográfica de enfermedades crónicas inflamatorias, como lo es la artritis reumatoidea. Es por este motivo que los pacientes concurren a la consulta cuando ya presentan síntomas de dolor, presencia de ruidos, chasquidos o deformaciones a nivel condilar. La gravedad de la disfunción temporomandibular está directamente relacionada a varios factores: edad del paciente, tiempo de instalación de la dolencia, evolución o estado de la artritis. (Lazo. G, et al. 2021)

Este estado está basado en los criterios de clasificación de la Artritis Reumatoidea determinados por la ARA –The American Rheumatism Association (Ropes MW 1958, Arnet FC 1988). Cuanto mayor es la duración de la AR, mayor el riesgo del paciente en desencadenar disfunciones temporomandibulares, no solo se pueden observar trastornos a nivel articular, los pacientes que cursan esta enfermedad, tiene una salud bucal desmejorada por la deficiente higiene, el cepillado de los dientes resulta una tarea dolorosa por lo que se puede ver ausencia de piezas dentarias, problemas gingivo-periodontales y caries. (Lazo. G, et al. 2021)

Síndrome de Sjögren

El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune sistémica crónica, que se produce por una infiltración progresiva de linfocitos T y células plasmáticas (Maarse F, et al. 2019).

desencadenando destrucción del parénquima glandular que afecta solo a glándulas salivales. La tumefacción como consecuencia de la reacción inmunológica, la halitosis, la sequedad bucal (xerostomía), y el dolor dental constituyen los signos y síntomas frecuentes del síndrome de Sjögren, el mayor índice de prevalencia se observa en mujeres entre los 30 y 60 años (Daneshparvar. 2020).

Los signos clínicos del síndrome de Sjögren varían en todos los pacientes. El síndrome de Sjögren primario se caracteriza por la afección de las glándulas sin la presencia de una enfermedad autoinmune adicional como artritis reumatoide o lupus eritematoso sistémico, a diferencia del síndrome de Sjögren secundario en el cual si se evidencia alguna de estas. Las principales manifestaciones del síndrome son a nivel de la cavidad bucal, a causa de la xerostomía, la cual predispone el desarrollo de caries e infecciones; cabe destacar que, el edema y la inflamación de las encías es un signo clínico relevante. Por otra parte, el síndrome afecta de la misma manera a las glándulas salivales, sean mayores o menores. (Saccucci, M, et al. 2018)

Asimismo, los pacientes pueden padecer de xeroftalmía y fotofobia, de tal forma que se manifiesten en los ojos irritación o sequedad. Adicional a esto, las artralgias, mialgias y astenia son comunes para el síndrome. Casi el 20 % de los pacientes afectados por el síndrome de Sjögren muestran signos del fenómeno de Raynaud, el cual afecta pies y manos. Un dato importante es que el 90% de los pacientes resultan positivos al factor reumatoide. Finalmente, varios estudios epidemiológicos demuestran que tanto factores ambientales como genéticos influyen en la patogenicidad de la enfermedad, aunque no está del todo confirmado. (Saccucci, M, et al. 2018)

Para el diagnóstico del síndrome de Sjögren, las bases son primeramente clínicas, con apoyo de las manifestaciones orales y las pruebas de laboratorio. De la misma forma, dos pruebas de investigación diagnóstica básicas son la medición del flujo salival y las biopsias de las glándulas salivales menores. Cuando dos de tres de las siguientes afecciones se identifican u otra enfermedad autoinmune, determinan la presencia del síndrome: xerostomía, queratoconjuntivitis seca y artritis reumatoide. (Saccucci, M, et al. 2018)

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) logran efectos beneficiosos con respecto a la artritis reumatoide. No obstante, casos de mayor complejidad necesitan, además, el uso de corticosteroides e inmunosupresores. El tratamiento del síndrome de Sjögren es integral, tratando de manera individual las afecciones en boca y ojos. Por su parte, la xerostomía se debe regular, mediante sustitutos de saliva, la toma de pilocarpina en algunos casos y chicles sin azúcar, que pueden estimular la producción de saliva; la *Candida Albicans* suele acompañar este síndrome, por lo tanto, el uso de antimicóticos también está comprendido en el tratamiento. Por lo tanto, el paciente debe proteger los tejidos duros y blandos de su cavidad oral, con asistencia profesional constante, como también una adecuada higiene bucal en casa, para así preservarlos y evitar complicaciones. Por último, a nivel de los ojos, las lágrimas artificiales ayudan a controlar y tratar la xeroftalmía. (Saccucci, M, et al. 2018)

Síndrome de Sjögren (SS) se describe como: una enfermedad con una manifestación primaria del 0,05% al 1% en la población; secundaria hasta el 30% en pacientes con artritis reumatoidea; 10% con lupus; y 20% con esclerodermia. Se ha reportado un alto riesgo de desarrollar linfoma maligno en pacientes con SS primario, específicamente el linfoma no Hodking. (Zaldivar P, 2018)

Síntomas orales: se acentúan a partir del mediodía, y alcanzan su expresión más alta por la noche: halitosis, sequedad bucal, ardor y dolor de origen mucoso en la lengua; dificultad para la fonación, formación del bolo alimenticio, masticación y deglución; disgeusia con sensación de “sabor metálico”, lo que modifica la calidad de la alimentación del paciente, pues este prefiere comidas con alto contenido de azúcares y agua. (Zaldivar P, 2018)

Signos orales: debido a la sequedad, las mucosas se tornan, pálidas, delgadas y pierden el brillo. La lengua se presenta depapilada, el dorso aparece fisurado, y algunas veces lobulado. Generalmente, se observa inflamación y candidiasis oral, a nivel de lengua y el paladar. En los pacientes portadores con prótesis dentales, el roce con las encías produce inflamación y, en algunos casos, erosiones sobre la mucosa oral y resequedad labial. (Zaldivar P, 2018)

Signos dentarios en pacientes con síndrome de Sjögren: existe un aumento de la enfermedad periodontal y de las lesiones cariosas que se generan principalmente a nivel cervical, pero pueden aparecer en la superficie cerca de la raíz del diente, y en otras localizaciones atípicas como caras linguales, incisales y cúspides de los dientes. (Zaldivar P, 2018)

Función del flujo salival normal: la saliva desempeña un papel importante en el mantenimiento y protección de la salud bucal. Una calidad y cantidad deficientes son perjudiciales. El flujo salival facilita el movimiento de la lengua, mucosa y labios, y ayuda en la limpieza de la boca, al arrastrar restos de comida y bacterias; y permite movimientos necesarios de la lengua y los labios para la fonación. También contribuye a la formación y transporte del bolo alimenticio para la deglución. La saliva es vital para los dientes, ya que actúa como un factor

dinamizador del proceso de desmineralización y remineralización de estos últimos. (Zaldivar P, 2018)

Efectos de la disminución del flujo salival: empaquetamientos de comida en las caras vestibulares de los dientes, debido a la pobre lubricación y a la falta de acción mecánica de la saliva. La xerostomía secundaria del SS, reduce el contenido de proteínas IgA, y debilita el sistema de defensa antibacteriano contra la caries. (Zaldivar P, 2018)

Los pacientes con poca producción de saliva, presentan un medio bucal ácido con concentración sobresaturada de calcio y fósforo, lo que favorece la desmineralización del esmalte por la ausencia de la capacidad amortiguadora, frente a la producción ácida de las bacterias. Al utilizar las resinas compuestas, se produce la contracción de la polimerización, lo que genera fuerzas en las estructuras cristalinas del esmalte y la dentina. (Zaldivar P, 2018)

En los pacientes con SS, el esmalte y la dentina se encuentran debilitados. La tendencia a la desmineralización, asociada a la deficiente calidad de la saliva, produce la contracción de la polimerización de las resinas compuestas y microfracturas marginales, que inducen al desalojo de la restauración y/o la aparición de nuevas caries. Al perder su integridad marginal por deshidratación, respecto a la adhesión a la superficie, el vidrio ionómero se desaloja o se desintegra. (Zaldivar P, 2018)

Pénfigo vulgar

El pénfigo vulgar se refiere a un grupo de enfermedades autoinmunes vesicoampollares, incluyendo pénfigo vulgar, pénfigo vegetante, pénfigo paraneoplásico, pénfigo por inmunoglobulina A, pénfigo eritematoso, pénfigo por drogas. Este grupo de enfermedades se

caracteriza por la pérdida de adhesión intraepitelial, por la presencia de ampollas y úlceras que afectan a las membranas mucosas y/o piel y la presencia de anticuerpos direccionados a las desmogleínas. Los auto-anticuerpos producidos en el pénfigo son dirigidos a las desmogleínas (DSG) encontradas en la superficie de los queratinocitos, causando la separación de células epiteliales y llevando a ampollas intraepiteliales. Las DSG pertenecen a una familia de caderinas que actúan como moléculas de adhesión intercelular, uniendo queratinocitos epidérmicos (Medeiros. B, et al. 2019)

El Pénfigo vulgar y el Pénfigo foliáceo son los subtipos más comunes de pénfigo, con una incidencia estimada de 0,1 a 0,5 casos cada 100.000 habitantes para el primero, y cerca de 0,5 casos en cada 100.000 habitantes para el segundo. En regiones endémicas, la prevalencia de PF puede alcanzar 3,4%. Además de eso, ellos presentan características clínicas e inmunopatológicas distintas. Aun así, la coexistencia de características de PF y PV en el mismo paciente, o inclusive la transformación de un tipo en otro, ya fueron bien documentadas. Esta posibilidad existe pues pacientes con PV producen inmunoglobulina G (IgG) anti-DSG3 y/o anti-DSG1, mientras que pacientes con PF producen solo IgG anti-DSG1, la detección de los anticuerpos que circulan parece ser más relevante para un diagnóstico adecuado del pénfigo. La producción de los antígenos recombinantes de DSG1 y DSG3 en los años 1990 llevó al desarrollo de un ensayo de inmunoadsorción enzimática (ELISA, en la sigla en inglés), capaz de identificar los anticuerpos del pénfigo. Este test demostró una elevada sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de PV cuando se compara con otros tests serológicos, siendo capaz de detectar y cuantificar los anticuerpos, lo que parece relacionarse a la severidad de la enfermedad. (Medeiros. B, et al. 2019)

Esclerosis sistémica

La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad crónica y heterogénea caracterizada por fibrosis generalizada de la piel y órganos internos, vasculopatía de pequeños vasos, asociada a la producción de autoanticuerpos. Afecta principalmente mujeres entre la cuarta y quinta década de la vida aumentando su incidencia con la edad. Como toda afección sistémica, su forma de presentación es muy variada, dependiendo del tejido mayormente afectado. Dentro de las manifestaciones clínicas fácilmente observables se destaca la induración progresiva de la piel con compromiso variable de cara, pudiendo aparecer telangiectasias faciales, hiperpigmentación y calcificaciones cutáneas. El fenómeno de Raynaud (FR) con diverso grado de severidad, pero frecuentemente con dolor y úlceras digitales, suele acompañar a esta enfermedad. También aparecen artralgias de diversa entidad y compromiso de órganos internos. Dentro de éstos últimos, el compromiso respiratorio marca la gravedad y el pronóstico, junto con la Hipertensión Pulmonar. El tubo digestivo suele comprometerse, provocando frecuentemente reflujo gastroesofágico severo. (Graña, D, et al. 2018)

Según la extensión del compromiso cutáneo se puede clasificar a la enfermedad en: ES difusa, ES limitada y ES sin esclerodermia. Asimismo, existe un subtipo de pacientes con ES temprana, también denominada “pre-esclerodermia”, que se caracteriza por presentar alteraciones capilaroscópicas, anticuerpos antinucleares positivos y FR. Estos pacientes son considerados de alto riesgo para desarrollar en la evolución una ES definida. (Graña, D, et al. 2018)

Enfermedad de Behcet

Es una enfermedad multisistémica autoinmune de etiología desconocida. Se distingue por al menos dos de los tres factores típicos que son clave: úlceras orales, úlceras genitales e inflamación ocular. Aunque su concepto original esta de la mano a la patología dermatológica, la enfermedad de Behcet se distingue por la afectación neurología y vascular. Normalmente, afecta

a personas de 30 años y no hay evidencia de que género es más propenso a desarrollarla. La mayor repercusión de la enfermedad se observa en las poblaciones mediterráneas asiáticas con una mayor prevalencia en Turquía. (Saccucci, M, et al. 2018)

Las lesiones mucocutaneas se dan normalmente en el primer signo de la presencia del síndrome de Behcet. Su identificación temprana permite un pronóstico más favorable. Las lesiones orales son úlceras de la mucosa oral que no se confunden de las aftas convencionales de la mucosa oral. Son dolorosas y se distinguen por una presentación clínica. Se encuentran en los labios, la mucosa bucal, el paladar blando y la lengua. La lesión se da normalmente como una lesión eritematosa, seguida de la aparición de úlceras evolucionadas. Sus dimensiones pueden variar en milímetros desde muy pequeña a muy grande. (Saccucci, M, et al. 2018)

Las úlceras genitales son más pequeñas y se encuentran a nivel del escroto, en la base del pene o en los labios mayores. Las lesiones oculares están actualmente en el 30-70 % de los casos. Se manifiestan al principio como una forma de fotofobia, luego de uveítis y conjuntivitis, en diferentes casos, se encontró que tenían similitudes con glaucoma y cataratas. Las lesiones cutáneas se manifiestan como pustular o papular y las encontramos generalmente en el tronco o las extremidades. (Saccucci, M, et al. 2018)

Su prevalencia varía según el área geográfica y la etnia, incrementándose desde el Mediterráneo hacia el Este Asiático a lo largo de la antigua «ruta de la seda». La manifestación clínica más característica son las úlceras orales y genitales, seguidas de otras lesiones cutáneas (eritema nudoso, papulopústulas, etc.) y uveítis. Con menos frecuencia se presenta con artritis, afectación gastrointestinal, vascular (arterial y venosa) y del sistema nervioso central. Tras los primeros años desde la presentación, suele evolucionar de forma favorable, pero la clínica vascular y neurológica, aunque menos común, puede ser fatal. (Espinosa G, 2021)

En un estudio descriptivo y transversal de 102 pacientes con liquen plano bucal que el sitio de mayor prevalencia fue la mucosa de carrillo (57,8 %), seguido de la lengua (22,6%), al igual que en este estudio donde la localización de mayor prevalencia fue la mucosa yugal. Otros autores como Sultan, Villa y Saavedra en un estudio de cohorte retrospectivo que contó con 57 pacientes: 26 con pénfigo vulgar de las mucosas (46%) y 31 con pénfigo vulgar (54%) la gingivitis descamativa fue evidente en el 28% de los casos con pénfigo vulgar, la ulceración en un 54%, erosión 4.7% y eritema un 12.7%. (Márquez F, et al. 2014)

Factores etiopatogénicos de las enfermedades autoinmunes

Según la información encontrada, la etiología de las enfermedades autoinmunes todavía se desconoce, pero se plantean diferentes causas. Las enfermedades autoinmunes aparecen por la producción de autoanticuerpos circulantes con infiltración tisular de manera transitoria, sin consecuencia clínica. Las enfermedades autoinmunes son aquellas donde se desenvuelven respuestas inmunes que pueden lesionar el organismo. (González, et al. 2021)

Los factores etiopatogénicos de las enfermedades autoinmunes son: la genética, la epigenética, el ambiente, las infecciones, las hormonas, la alimentación, el estrés, el microbiota y las neoplasias. Lo que sí es acertado es que los mecanismos y procesos específicos por el cual comienzan el daño aún se desconoce. El sistema inmune adaptativo de la respuesta inmune y el sistema inmune innato es esencial para mantener la respuesta patológica. La activación del sistema del complemento y la secreción de factores inflamatorios por las células de la inmunidad innata pueden agravar las lesiones tisulares. Estos factores también suelen estar en el cáncer lo que puede dar inicio a la auto inflamación. Los mecanismos de hipersensibilidad son inicialmente los efectores de los procesos malignos y la autoinmunidad. (González, et al. 2021)

Desde el punto de vista evolutivo, en la mayoría de los mamíferos, las hembras son las encargadas de continuar con su especie y por esa razón el sistema inmune es más robusto. Un proceso indeseado en este sentido es la mayor prevalencia a desarrollar enfermedades autoinmunes por la acción de las hormonas sexuales femeninas. (González, et al. 2021)

Entre otras diferentes causas, se ha descrito que el estrés puede llegar a provocar enfermedades autoinmunes. La psiconeuroendocrinoinmunología es una ciencia que le da explicación al rol de la psiquis y el sistema nervioso, endocrino e inmune de estos fenómenos. Las enfermedades infecciosas pueden otorgar fallos en la aceptación inmunológica, lo que crearía linfocitos auto reactivos (González, et al. 2021)

Las enfermedades autoinmunes son más desarrolladas en las mujeres que en los hombres. Se desconoce que provoca que el sexo femenino sea el de mayor prevalencia. Los estrógenos son hormonas que se definen como inmunoestimulantes, mientras que la progesterona y los andrógenos tienen efectos inmunomoduladores. De igual manera, existen contradicciones en la práctica clínica. Por ejemplo, el lupus eritematoso sistémico se empeora con la gestación a diferencia de enfermedades autoinmunes, como artritis reumatoide, que mejoran durante la gestación. Este método podría relacionarse con la distribución de los auto antígenos que se distinguen, el nivel de daño tisular y los cambios de patrón Th1 (promotores de la respuesta inmune mediada por células) y Th2 (inducen la respuesta inmune mediada por anticuerpos). (González, et al. 2021).

Las diferencias hormonales son claramente notorias en los jóvenes y adultos. Sin embargo, normalmente las mujeres de edad alta desarrollan con mayor prevalencia enfermedades autoinmunes, en comparación con los hombres, que padecen más de procesos cancerosos. Una explicación podría ser que el envejecimiento padece de inmunoesencia, debido, principalmente, a

involución tímica, estimulación antigénica crónica y senescencia replicativa. Lo descrito anteriormente da como respuesta una alteración de los marcadores celulares, predominio de linfocitos T de memoria y NK (linfocito citolítico natural), lo que traduce inflamación de bajo riesgo, la producción de enfermedades autoinmunes y cáncer. (González, et al. 2021)

La relación con la autoinmunidad no solo va relacionada con las hormonas sexuales femeninas. La melatonina se crea en la glándula pineal (principalmente la mayor cantidad en las noches), piel, retina y médula ósea. Sus receptores están dispersados por el sistema nervioso, cardiovascular, reproductivo y gastrointestinal. Esta hormona cataliza el ritmo circadiano, es antiinflamatoria, inmunomoduladora y antioxidante; su desarrollo depende en gran parte de los ciclos de luz y oscuridad. (González, et al. 2021)

La melatonina neutraliza una gran parte de funciones fisiológicas con efectos pleiotrópicos sobre el sistema inmune. Posee efectos estimulantes en condiciones basales o de inmunosupresión, y antiinflamatorios en producción de respuestas inmunes exacerbadas. Sin embargo, su mecanismo de acción específico se desconoce. Una conclusión es que los pacientes con artritis reumatoide y diversas enfermedades como la diabetes deben evitar el consumo de la melatonina porque agrava sus manifestaciones clínicas (González, et al. 2021)

En la diabetes mellitus tipo 1 se ha coordinado la producción de autoanticuerpos contra los islotes pancreáticos con la exposición a químicos tóxicos, consumo de leche, vacuna de la infancia, disminución de bacterias comensales del microbiota gástrico, como *Bifidobacterium*, y al aumento de especies invasoras como *Streptococcus*. (González, et al. 2021)

Las alteraciones en la alimentación, que causan cambios en el estado del microbiota intestinal, se relacionan a enfermedades autoinmunes y trastornos inflamatorios. Las dietas no

balanceadas con fortaleza en ácidos grasos saturados promueven la respuesta Th1, Th17(subpoblación proinflamatoria de linfocitos) y encienden el inflammasoma, lo que puede atraer lesiones tisulares. La ingesta de ácidos grasos no saturados puede reemplazar estas circunstancias que se mencionaron anteriormente. Los mecanismos que causan estas alteraciones no están comprendidos del todo, pero si es un requisito que los huéspedes son necesarios para una manifestación antigénica adecuada y una homeostasis del sistema inmunológico. (González, et al. 2021)

Si se abarca el tema de estrés y autoinmunidad el sistema psiconeuroendocrinoimmune tiene un conjunto de numerosos sistemas de órganos y sus interacciones. En el día a día todas las personas están sometidas a situaciones de estrés, lo que causa agotamiento y desequilibrio del sistema psiconeuroendocrinoimmune. Por esto se dice que el estrés se considera una pandemia actual, que se relaciona con una mayor prevalencia de procesos inflamatorios de bajo grado, como la obesidad, hipertensión arterial, arterosclerosis y las enfermedades autoinmunes. (González, et al. 2021)

El estrés trastorna la función del eje HHA (hipotalámico-hipofisario-adrenal) y aumento de los corticoides plasmáticos que se genera por esta vía. El estrés agudo puede llegar a durar minutos u horas, cambia los leucocitos al lugar de la agresión y aumenta las respuestas inmunes, tanto primarias como secundarias, como reacción, es un inmunopotenciador. El estrés crónico puede durar semanas o incluso años, es inmunosupresor y es un cuadro frecuente. (González, et al. 2021)

El inicio de las enfermedades autoinmunes se relaciona normalmente a infecciones, de tal manera puede desencadenarlas. En gran parte de los casos, el microorganismo no está presente ni es detectable en el sujeto, por lo cual, los daños no se deben al agente infeccioso, sino a las respuestas inmunitarias que el agente infeccioso originó. El procedimiento y desarrollo de la

autoinmunidad puede empezar por: activación por vecindad, mimetismo molecular, modificación de la estructura antigénica celular, activación policlonal de linfocitos B autoreactivos, modificaciones de los antígenos leucocitarios humanos, alteraciones de la red idiotipo- antiidiotipo y ruptura de santuarios inmunológicos, entre otros. (González, et al. 2021)

En las enfermedades autoinmunes y reumatológicas, con relación a un fallo en la tolerancia, se crean linfocitos autor reactivos capaces de asimilar y responder ante lo propio. Esta respuesta de hipersensibilidad esta en conjunto con el mecanismo fisiopatológico que soporta al proceso inflamatorio subyacente. La inflamación puede incitar el desarrollo, progresión e invasión tumoral. Muchos riesgos y causas ambientales (tabaco, asbesto, contaminantes) y factores de riesgo (obesidad, alcoholismo, infección, autoinmunidad) del cáncer están relacionadas con la inflamación crónica. (González, et al. 2021)

Prevalencia de las enfermedades autoinmunes

Las enfermedades autoinmunes tienen una incidencia a nivel mundial de 990 por cada 100.000 habitantes al año y una prevalencia estimada de tres al cinco por ciento en la población general.

La diabetes mellitus tipo 1 tiene una prevalencia de 66.7 por cada 1000 habitantes. Se han encontrado manifestaciones de fatiga por estrés crónico en diferentes afecciones: en más del 67 % de los pacientes con enfermedad de Sjögren, en el 76% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico y en el 70% de los pacientes con artritis reumatoide. En las mujeres diabéticas el estrés está relacionado con malformaciones congénitas del feto. (González, et al. 2021)

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria crónica que causa daño articular progresivo. En México se presenta en un rango que va del 0.5 al 1.5 por cada 100 000 habitantes,

además de que genera una considerable carga económica, social para la familia y para los sistemas de salud. (Barile-Fabris LA, et al. 2017)

En Colombia en la artritis reumatoide se identificaron 248.995 casos, lo que permite calcular una prevalencia en mayores de 18 años del 0,52%, de los cuales el 80,7% son mujeres, con una relación mujer: hombre de 4,2: 1, con mayor prevalencia entre el grupo etario de 70 a 74 años. Los departamentos con mayor número de casos son Bogotá D.C. (64.121), seguido de Antioquia (43.771); sin embargo, los departamentos con mayor prevalencia fueron Cesar (1,13%), Casanare (0,96%) y Risaralda (0,93%). (Fernández, et al. 2019)

En el síndrome de Sjögren, desde el 1 de enero de 2012 hasta el 31 de diciembre de 2016, se identificaron 58.680 casos con una prevalencia global de 0,12 %, con una relación mujer: hombre, respectivamente 4,63: 1. La tasa de SS en mujeres es de 0,31 % y en hombres 0.07%. El grupo de edad con mayor tasa fue el de 65-69 años (0,5%) (tabla 1). En el análisis por provincias, la mayor cantidad de casos se registraron en Bogotá, la capital (24.885), Antioquia (9040) y Valle del Cauca (5277). De igual forma, los departamentos con mayor tasa de infección fueron Caldas (0,42%), Bogotá DC (0,32%) y Antioquia (0,14%). (Fernández, et al. 2019)

En América Latina existen pocos estudios epidemiológicos y de prevalencia del SS. En 2013, se realizó el primer estudio de prevalencia en Brasil, reportando una prevalencia de 0,17% 14. Tres años después, en Argentina, se obtuvo una prevalencia similar en el estudio COPCORD en población indígena de la Provincia de Rosario. En Colombia, con el mismo método, se entrevistaron 3146 hombres y 3547 mujeres mayores de 18 años, registrándose una prevalencia de SS de 0,08% en el reporte inicial de este estudio. También se han reportado mayores tasas de participación femenina similares a las reportadas en otros estudios y un mayor número de pacientes (65-69 años). Entre las tasas de prevalencia informadas recientemente, las tasas tienden a ser más

bajas que las informadas anteriormente, posiblemente como resultado del mayor rigor en los estudios epidemiológicos posteriores, la selección sesgada y el pequeño tamaño de la muestra en estudios anteriores. Hay datos de prevalencia de SS en América Latina en centros de alta complejidad, como en México, con una población de 300 pacientes de las Clínicas de Reumatología y Medicina Interna del Instituto de Medicina. Nacional Salvador Zubirán Ciencia y Nutrición, prevalencia estimada de SS en 13,3% (IC 95%: 9,5-17,1%). Es importante realizar estudios de prevalencia de SS en América Latina, donde los pacientes de nuestra región pueden tener diferencias en su presentación y fenotipo en comparación con pacientes de otras latitudes o grupos étnicos. Un estudio de 8.310 pacientes con SS en 20 países en 5 continentes mostró que el sistema inmune ataca las glándulas que producen saliva y lágrimas. (Fernández, et al. 2019)

El pénfigo vulgar es una enfermedad rara acompañada de la prevalencia informada que es de 0.5 a 3.2 casos por 100.000. población, incidencia; 0.1 a 0.5 casos por 100.000 personas/año. Su incidencia se ve afectada por su lugar de ubicación geográfica y etnia. En Colombia, un estudio reveló una La proporción de PFE de hombre a mujer es de 19:1, en Municipio de El Bager, Antioquia y afecta al 2,3% Población rural y el 95% de sus casos se dan en Hombres mayores de cuarenta, mineros y agricultores, Con mayor prevalencia entre los pueblos indígenas de la región. (Batista, et al. 2019)

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad que ataca los tejidos sanos. Recientemente se analizó una población con la mortalidad por e LES utilizando la base de datos de mortalidad nacional de EE.UU. que comprende 62.843 muertes por LES , de las cuales el 84% ocurrieron en mujeres. (Yen. E 2018)

Los centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC) mantiene una based de mortalidad con datos proporcionados, Esta base de datos abarca más del 99% de las muertes de

residentes estadounidenses en los 50 estados y el Distrito de Columbia. Los datos estadísticos de mortalidad de esta base de datos sirven como indicadores importantes de la salud de la población estadounidense y se utilizan para estimar la carga de enfermedades específicas. El LES no está incluido en esta lista. La clasificación de causas de muerte es una herramienta útil para evaluar la carga relativa de la mortalidad por causas específicas. Por lo tanto, clasificamos las muertes por LES entre las principales causas de muerte de los CDC para determinar la carga relativa de muertes por LES en las mujeres. (Yen E. 2018)

En un estudio realizado sobre Lupus Eritematoso Sistémico evaluaron la perspectiva del paciente sobre el proceso de diagnóstico, los participantes respondieron preguntas sobre los síntomas previos al diagnóstico, en el que los síntomas musculoesqueléticos y la fatiga ilustran la inespecificidad de casi la mitad de los encuestados, el 41% de los encuestados informaron que tenían algo más que lupus y, al mismo tiempo casi el 40% de las personas esperaron más de un año desde la aparición de los síntomas para recibir una valoración precisa, más de un tercio de los encuestados (34.5%) informaron tener síntomas graves. (Daly, R, 2021)

Según la esclerosis sistémica tiene una incidencia y la prevalencia varían según la selección de casos y el período de tiempo. Seguimiento y distribución geográfica. 7 casos reportados por millón de habitantes en Japón, hasta 489 casos por millón de habitantes en Italia. La tasa de incidencia oscila entre 1 y 20 casos por millón de habitantes. Diversos estudios muestran una tasa de mortalidad de 1,05 a 7 veces más alta que la población general y la tasa de mortalidad por la enfermedad. 47,6%, la principal causa de muerte es enfermedad cardíaca y pulmonar. (Oliveró, S. 2014)

Hasta el momento, solo se han encontrado dos estudios en América Latina Prevalencia e incidencia de la esclerodermia en América Latina, según lo informado La tasa de prevalencia es

de 296 casos por millón de personas y la tasa de infección es de 21,2 casos por millón. millones de personas en Argentina, la prevalencia es de 9,3 casos por millón habitantes del Caribe. (Oliveró, S. 2014)

En cuanto a la enfermedad de Behcet se describe la distribución global; Esta afirmación es más común en países correspondientes a las antiguas Rutas de la Seda (Irán, Irak, Uzbekistán, Turkmenistán, China y Turquía) y menos frecuente en el norte de Europa y Estados Unidos. Se estima que Turquía tiene la tasa más alta, con 80 a 420 casos por 100.000 habitantes. En países como Japón, Corea del Sur, China, Irán y Arabia Saudita, las tasas oscilan entre 13 y 22 casos por 100.000 habitantes. En las Américas, se ha informado que es una enfermedad rara. (Padilla-Ortiz, D. 2020)

Manejo medico de las enfermedades autoinmunes

Lupus eritematoso sistémico

No hay un tratamiento general para el LES debido a lo heterogéneo de su comportamiento y el manejo debe individualizarse con base en las características del paciente y la actividad de la enfermedad e incluso con la posibilidad de acceso a algunos fármacos como las terapias biológicas. El tratamiento se basa en el uso de glucocorticoides (GC), antiinflamatorios no esteroideos (AINE), antimaláricos y diversos inmunosupresores. Con estos tratamientos se ha mejorado notablemente el pronóstico de los pacientes, aunque pueden ser frecuentes las recaídas, así como, en algunos casos, la falla terapéutica. Es necesario vigilar la toxicidad de dichos fármacos. (Xibillé-Friedmann, D, 2019)

En todos los pacientes con LES se recomienda el tratamiento con antipalúdicos a menos que exista contraindicación. La hidroxiclороquina es el fármaco más frecuentemente utilizado, a dosis de 200- 400mg/día (máximo 6.5 mg/kg de superficie corporal ideal/día). Las manifestaciones articulares y mucocutáneas son la indicación original para el uso de antimaláricos en lupus, pero datos recientes han mostrado que estas drogas benefician variedad de manifestaciones clínicas tales como; mejora del perfil lipídico, mejoría de la fatiga, prevención de eventos trombóticos, prevalencia de la densidad mineral ósea y disminución del riesgo cardiovascular. (Jiménez, D, et al. 2021).

Los glucocorticoides generan alivio rápido en la exacerbación de síntomas y dan adecuado control de estos durante sus ciclos de uso. No obstante, su consumo se debe presentar solamente a corto y mediano plazo debido a sus efectos secundarios severos con su uso a larga data. En caso de requerir su tratamiento prolongado, se debe analizar su riesgo-beneficio para el paciente y no se recomiendan dosis mayores a 7.5mg de prednisona, o equivalente, diariamente. (Xibillé-Friedmann, D, 2019)

Se debe tomar en cuenta en los usuarios de esta medicación, la prevención de pérdida de densidad mineral ósea, la inmunización anual contra influenza y contra el estreptococo pneumoniae cada cinco años, y realizar estudios seriados para evaluar aparición de resistencia a la insulina y dislipidemia. Para prevenir la osteoporosis inducida por glucocorticoides se puede utilizar calcio, la vitamina D y bisfosfonatos de ser necesarios. (Xibillé-Friedmann, D, 2019)

El inicio pronto del tratamiento con medicación inmunodepresora facilita una disminución más rápida del uso de glucocorticoides y ha demostrado prevenir brotes agudos de la enfermedad. La elección del agente farmacológico depende de las manifestaciones clínicas dominantes, la edad del paciente, deseo de embarazo, seguridad de uso y costo del mismo. Entre los inmunodepresores

más utilizados en LES se encuentran la ciclofosfamida, la azatioprina, el mofetil de micofenolato y el metotrexato. (Xibillé-Friedmann, D, 2019)

Aunque hay muchas moléculas en desarrollo, solo belimumab está aprobada para su uso en LES. Belimumab debe considerarse en los pacientes que presenten enfermedad extrarrenal resistente al tratamiento de primera línea HCQ (hidroxicloroquina) y prednisona con o sin agentes IS (inmunosupresores) y en los pacientes en los cuales ha sido imposible disminuir la dosis de glucocorticoides a niveles aceptables (equivalente 7,5 mg prednisona al día). Otros fármacos biológicos que también se pueden utilizar en LES son rituximab, tocilizumab, abatacept y los inhibidores del factor de necrosis tumoral. (Xibillé-Friedmann, D, 2019)

Antes de considerar que un paciente es refractario, se debe revisar cómo es su apego terapéutico y la presencia de daño acumulado que no sea susceptible de mejorar con el tratamiento. Para efectos de estas recomendaciones, se entiende como lupus grave cuando los pacientes son tratados debido a manifestaciones potencialmente fatales como nefritis lúpica, afección neuropsiquiátrica, anemia hemolítica ($Hb < 7g/dL$), trombocitopenia (< 30.000 plaquetas), vasculitis, hemorragia pulmonar, miocarditis, neumonitis lúpica, miositis graves, enteritis lúpica, pancreatitis lúpica, hepatitis lúpica, enteropatía perdedora de proteínas, queratitis grave, vasculitis retiniana, escleritis grave, neuritis óptica. Lupus no grave se entiende como afección a órgano menor (mucocutáneo, articular, serosas) y que no amerite tratamiento para manifestaciones de la enfermedad. (Xibillé-Friedmann, D, 2019)

Artritis reumatoidea

La AR es el prototipo de una artritis destructiva. La enfermedad conduce directamente al daño articular, con solo algunos signos de reparación. Tradicionalmente, el daño estructural en la

AR se ha identificado mediante la radiografía convencional para detectar erosiones corticales, estrechamiento del espacio articular y osteoporosis periarticular. Las imágenes han demostrado de manera inequívoca que hay una pérdida neta de cartílago y hueso en pacientes con AR. (Armas R, et al. 2019)

La educación terapéutica está en el centro de esta recomendación: promueve el empoderamiento de los pacientes y el surgimiento del concepto de paciente-compañero. El proceso de educación se puede lograr durante las sesiones formales de educación terapéutica, pero también fuera de estas sesiones, especialmente cuando el paciente no tiene acceso a ellas. (Armas R, et al 2019)

El reumatólogo es el especialista que debe atender a los pacientes con AR. El médico general desempeña un papel importante en la detección de la enfermedad y el seguimiento del paciente en coordinación con el reumatólogo, pero es este último especialista quien debe seguir y tratar a los pacientes con AR. Sin embargo, el médico general ocupa un lugar muy importante para en la detección temprana de posible inicio de la enfermedad. (Armas R, et al. 2019)

Se han documentado efectos de ahorro de estructura para el metotrexato (MTX), la sulfasalazina y la leflunomida, de forma individual y en combinación. Sin embargo, no está claro si el MTX, la sulfasalazina, la leflomida y la hidroxicloroquina afectan directamente el daño a los huesos y al cartílago, o si benefician indirectamente a las articulaciones al reducir la inflamación. (Armas R, et al. 2019)

La introducción de los bloqueadores del factor de necrosis tumoral como una opción terapéutica en la AR ha desafiado la visión no solo de la sinovitis, sino también de la progresión

del daño estructural. Uno de los efectos más consistentes de los agentes bloqueadores del TNF en pacientes con AR es una inhibición profunda y sostenida de la erosión ósea. De hecho, los cinco bloqueadores del TNF aprobados para la terapia de la AR favorecen un fuerte retraso en el daño estructural o incluso lo detienen. (Armas R, et al. 2019)

Este fuerte efecto de conservación de la estructura se debe en parte al control profundo y rápido de la inflamación. Sin embargo, también es evidente que pueden producirse efectos antirresortivos a pesar de la falta de respuesta clínica a un bloqueador del TNF. Los agentes bloqueadores del TNF combinan así un potente potencial antiinflamatorio, que controla la sinovitis, con protección directa del hueso y el cartílago. (Armas R, et al. 2019)

En este contexto, cabe destacar que el TNF es un importante inductor de la formación de osteoclastos y, por lo tanto, es un enlace molecular clave entre la inflamación y el daño óseo. Con respecto al daño del cartílago, el TNF también es un inductor de enzimas matriciales como las agreganasas y metalo proteinasas, particularmente MMP-1, MMP-2 y MMP-3, que son producidas por fibroblastos sinoviales, neutrófilos, condrocitos y degradan la matriz del cartílago. Por lo tanto, es concebible un efecto protector específico del bloqueo de TNF en el cartílago articular. (Armas R, et al. 2019)

Sin embargo, la evidencia actual es circunstancial y no está respaldada por datos suficientes. La evaluación directa del cartílago de las pequeñas articulaciones periféricas todavía es técnicamente difícil y, hasta la fecha, los bloqueadores del TNF han mostrado poco o ningún efecto sobre el cartílago. (Armas R, et al. 2019)

Los agentes bloqueadores del TNF sin duda han enriquecido las opciones terapéuticas para bloquear el daño estructural en la AR. No obstante, varios aspectos siguen siendo enigmáticos. La falta de reparación articular espontánea adecuada y mejor. (Armas R, et al. 2019)

Finalmente, la ecografía Doppler puede ser útil para confirmar la presencia de sinovitis, controlar la actividad y la progresión de la enfermedad y evaluar la inflamación persistente. Tan pronto como se realiza el diagnóstico de AR, el tratamiento con debe iniciarse. La artritis reumatoide es una "emergencia" terapéutica: requiere atención especializada, temprana, individualizada y multidisciplinaria. (Armas R, et al. 2019)

El seguimiento de la enfermedad debe ser frecuente (1 a 3 meses) siempre que la enfermedad sea prolongada y activa, si no hay mejoría en los 3 meses posteriores al inicio del tratamiento o si no se ha alcanzado el objetivo terapéutico a los 6 meses, se debe ajustar el tratamiento. Vigilancia cercana y adaptaciones terapéuticas frecuentes (1 a 3 meses) son necesarios siempre que no se logre el objetivo: es el "control estricto" o el control estricto de la enfermedad con una estrategia terapéutica dinámica y un objetivo claramente definido. (Armas R, et al. 2019)

Síndrome de Sjögren

La revisión del tratamiento farmacológico es muy importante para evaluar la supresión, sustitución o reducción de las dosis de los medicamentos y, conocer si nuestro paciente con SS está consumiendo algún medicamento xerogénico. (Zaldivar P, 2018)

Estimulación por medicamentos: como sustancias extrínsecas estimuladoras de la secreción salival (sialogogos), los cuales deben ser administrados por un especialista, luego del

examen médico. Entre los fármacos parasimpaticomiméticos más usados se encuentran: la pilocarpina, el betanecol, el carbacol y la cevimelina. (Zaldivar P, 2018)

Los sustitutos salivales con mayor referencia literaria son, los que contienen mucina natural extraída del ganado porcino o bovino y, los que se preparan en una base de carboximetilcelulosa. Las que contienen mucinas son las más aceptadas por los pacientes, debido a que su viscosidad se asemeja más a la saliva natural. Los sustitutos de la saliva deben tener acción lubricante y de humedecimiento de la boca. Su uso debe ser antes, durante y después de los alimentos. Unos de los sustitutos más utilizados son el agua y la leche, pero solo reportan un alivio pasajero. (Zaldivar P, 2018)

El antifúngico de elección para la candidiasis, es la nistatina. Sus formas de presentación más utilizadas son la suspensión y los óvulos. La suspensión se usa como enjuague, con una cucharada (10 ml), de 3 a 4 veces al día, durante dos semanas. Los óvulos se formulan, para su disolución, de 3 a 4 veces al día, también por dos semanas. En la queilitis se deben usar los antimicóticos tópicos de nistatina en crema sobre las áreas afectadas, 3 a 4 veces al día. (Zaldivar P, 2018)

Pénfigo vulgar

El término pénfigo aplica a un grupo de enfermedades ampollares de origen autoinmune, graves y crónicas, que comprometen la piel y las mucosas. El Pénfigo Vulgar, la más frecuente de estas abarcando cerca del 80%. Su baja incidencia, el curso crónico e insidioso de las lesiones mucocutáneas, asociado a los síntomas sistémicos, constituyen un verdadero reto diagnóstico, lo cual, en muchas ocasiones genera diagnósticos tardíos y/o disyuntivos respecto a otros diagnósticos diferenciales. Previo al advenimiento de los corticoesteroides en 1950, la mortalidad

era sumamente elevada, actualmente la tasa de mortalidad general alcanza aproximadamente el 10% de todos los diagnósticos. (Luján, I. C. G. 2021)

El diagnóstico se confirma mediante la combinación de hallazgos clínicos, inmunofluorescencia directa y, en ocasiones, pruebas de anticuerpos. La inmunofluorescencia directa que involucra una biopsia perilesional tomada de aproximadamente 1 cm de la lesión es actualmente el estándar de oro para el diagnóstico de pénfigo vulgar. (Luján, I. C. G. 2021)

Al igual que otros estudios, se encuentra que la prednisolona e inmunosupresores son los pilares de la terapia utilizada. Los regímenes de tratamiento determinan en función de la severidad del pénfigo, en general los casos leves se tratan únicamente con prednisolona dosis inicial alta 1 mg/kg/día. (Luján, I. C. G. 2021)

Los casos moderados y severos se trataron con una combinación de prednisolona e inmunosupresores (88% requirieron inmunosupresores, incluyendo azatioprina, ciclofosfamida, micofenolato etc.). Casos severos refractarios al tratamiento mencionado Utilizaron rituximab, sin embargo, la neumonía por *Pneumocystis carinii* y la septicemia se encontraron como los dos eventos adversos fatales y graves asociados con el uso de este medicamento. (Luján, I. C. G. 2021)

Esclerosis sistémica

Está bien establecido que los pacientes con Enfermedad Pulmonar Intersticial (EPI) requieren tratamiento inmunosupresor. En la literatura suele emplearse Ciclofosfamida, mientras que Azatioprina y Micofenolato de Mofetilo pueden ser considerados una alternativa razonable. Actualmente el uso de Rituximab constituye una alternativa en pacientes refractarios al tratamiento convencional, habiéndose reportado resultados alentadores con detención de la progresión de la

enfermedad pulmonar e incluso mejoría de los parámetros del estudio funcional respiratorio. (Graña D, 2018)

En este medio el acceso a este medicamento es escaso por lo que la experiencia es casi nula. El tratamiento del compromiso cutáneo es complejo y está menos sistematizado. Se ha utilizado Metrotexate, Ciclofosfamida, Micofenolato e inclusive Rituximab con resultados variables. El uso de antifibróticos se encuentra en fase de experimentación. Una mención especial cabe para el manejo del fenómeno de Raynaud (FR) severo, que ha requerido incorporar al tratamiento clásico (calcio antágonistas, inhibidores de la fofodiesterasa), los antagonistas de la endotelina (Bosentan) con el objetivo de reducir el número, duración y gravedad de las crisis, así como la prevención de úlceras digitales. A su vez, el uso de glucocorticoides predominó en el compromiso articular. (Graña D, 2018)

Es bien conocido que el uso de este grupo terapéutico debe ser juicioso por los numerosos efectos adversos que puede determinar. En particular, en el caso de la ES, se agrega el riesgo de agravar el compromiso renal y precipitar una crisis renal esclerodérmica. Por esta razón, la dosis de prednisona o equivalente no debe ser superior a los 10 a 15 mg/día, debiéndose recurrir precozmente a ahorradores de corticoides, como Metotrexate. (Graña D, 2018)

Enfermedad de Behcet

Dada la heterogeneidad de la enfermedad, el tratamiento de la EB debe ser individualizado, teniendo en cuenta las manifestaciones clínicas asimilando su gravedad, las diferencias clínicas pronosticas asociadas al sexo y la edad del paciente. El perfil de efectos adversos de cada fármaco

y las preferencias del paciente juegan un papel importante en la definición del plan terapéutico. El tratamiento debe ir dirigido al control rápido de los brotes, minimización de reagudizaciones y prevención de secuelas. Es imprescindible el manejo multidisciplinar con colaboración de las diferentes especialidades implicadas. (Calzada-Hernández, J, 2020)

La afectación ocular es la principal responsable de daño residual en forma de disminución de la agudeza visual. Suele comenzar en torno a la tercera década de la vida y no muestra un predominio claro de sexo, pero suele ser más grave en el masculino. El tratamiento tiene como objetivo suprimir las exacerbaciones inflamatorias y recurrencias que pueden causar daño orgánico irreversible. Debe individualizarse según el fenotipo y la gravedad de la enfermedad. Se fundamenta en la colchicina para la afectación cutaneomucosa, corticoides, otros inmunosupresores y anticuerpos monoclonales para la clínica más grave. (Calzada-Hernández, J, 2020)

Manejo odontológico de las manifestaciones orales en pacientes con enfermedades autoinmunes

Lupus eritematoso

Los pacientes que han sido diagnosticados con LES, presentan diversas manifestaciones odontológicas, se estima que alrededor del 2% al 80% de los pacientes que han sido diagnosticados con LES han presentado malestar en la cavidad oral. La mayoría de estas manifestaciones se suelen presentar como úlceras y eritemas discoides. La mayoría de las lesiones se suelen ubicar el paladar duro, carillos y bermellón. La presencia de manifestaciones orales, no únicamente se presenta sobre el tejido blando de la cavidad oral, sino también, glándulas salivales (Disfunción Salival-

síndrome de Sjögren), piezas dentales (Caries), encías (Periodontitis) y articulación temporomandibular (trastorno de articulación temporomandibular). (Escandón, A. 2022)

Para saber cómo manejar con eficiencia una consulta de paciente diagnosticado con Lupus Eritematoso sistémico, es necesario realizar un correcto examen clínico, el mismo que permitirá conocer el estado de salud en general del paciente, de sus tejidos blandos de la cavidad oral, glándulas salivales y la ATM. En la historia clínica se debe mencionar si el paciente presenta un proceso inflamatorio en los tejidos blandos y sobre todo de tejidos periodontales, puesto que la inflamación es una respuesta propia de LES. Dentro del examen intraoral, se notará con especificidad la presencia de úlceras, placa bacteriana, efectos de hiposalivación, petequias y caries. Además, se tomará en cuenta la presencia de enfermedades micóticas como la *Candida albicans*. (Escandón, A. 2022)

En la consulta odontológica es frecuente la prescripción de fármacos, siendo los más comunes algunos antiinflamatorios como (AINES), ácido acetilsalicílico; antibióticos como las cefalosporinas, penicilina, tetraciclinas y algunos antimicóticos. Por la metabolización que suelen presentar los fármacos se debe evitar aquellos que se metabolizan en los riñones y usar otras alternativas como acetaminofén y la clindamicina. Se considera también el uso de exámenes complementarios como radiografías panorámicas y periapicales, lo cual permitirá que el odontólogo pueda conocer si existe la presencia de algún alcance de un proceso inflamatorio-infeccioso, presencia de abscesos, quistes, profundidad de caries y reabsorción ósea. El odontólogo además debe pedir un examen hematológico el cual le permitirá conocer los valores de los tiempos de coagulación tiempo de protrombina (TP) y tiempo de tromboblastina (TPT) previo a un tratamiento. (Escandón, A. 2022)

Si el paciente manifiesta o dentro de la exploración física presenta dolor en la ATM a nivel miofacial se procederá a realizar un descanso en el tratamiento procurando que el paciente cierre parcialmente la boca, relaje la ATM y se remitirá a un especialista, puesto que el dolor en la ATM puede llegar a causar cefaleas y migrañas. El odontólogo, tendrá que estar en contacto con el médico de cabecera si es que se desea suspender algún tratamiento farmacológico que el paciente lo esté usando. Si se presentase un caso de emergencia odontológica y el paciente manifiesta el consumo de warfarina se debe trabajar de manera conservadora, para así evitar hemorragias. (Escandón, A. 2022)

En todo paciente que ha sido diagnosticado con LES. Es necesario aplicar terapia profiláctica antibiótica previa a los tratamientos invasivos. Se puede administrar: Amoxicilina 2g vía oral una hora antes del tratamiento o Clindamicina. 300mg vía oral 1 hora antes del tratamiento. (Escandón, A. 2022)

Artritis reumatoidea

El trabajo conjunto entre médico reumatólogo y especialista en articulación temporomandibular, permite un diagnóstico precoz de esta patología para plantear estrategias combinadas de tratamiento con el objeto de minimizar el problema en una articulación tan importante, cuya función se relaciona con actividades indispensables para la vida humana. Es importante mencionar que la condición clínica de los pacientes con enfermedades sistémicas, indiscutiblemente ha permitido demostrar la estrecha relación de estas con el sistema estomatognático. En particular la artritis, como enfermedad inmunológica sistémica, produce alteraciones funcionales importantes en la articulación como se demostró en la presente investigación. (Lazo G, 2021)

Síndrome de Sjögren

En la literatura, se ha propuesto un manejo odontológico para estos pacientes basado en prevención de caries, tratamiento de candidiasis, estimulación del flujo salival y uso de sustitutos salivales. Sin embargo, basándose en la observación y seguimiento de pacientes con síndrome de Sjögren (SS), se ha considerado que el tratamiento odontológico integral de estos pacientes es más amplio y se deben tener consideraciones especiales con ellos antes, durante y después de todo el tratamiento. Es por esto que se propone un plan de tratamiento odontológico integral de pacientes con síndrome de Sjögren, considerando a estos pacientes como de alto riesgo de caries y con condiciones especiales. El manejo y seguimiento clínico de pacientes con este síndrome, puede manejarse con gluconato de clorhexidina al 0,12%; 10 ml de enjuague, diariamente, durante un minuto, por una semana cada mes, sin pastas dentales con monofluorofosfato de sodio, durante el período de una hora. La indicación de enjuagues con solución de bicarbonato de sodio, debe ser después de comer, para mantener el pH; y del enjuague con infusión de manzanilla para estimular la reparación de las mucosas. (Zaldivar P, 2018)

Se recomiendan los enjuagues bucales cada 2 o 4 horas; dos veces al día en el caso de enjuagues bucales con clorhexidina al 0,12%; o la aplicación de clorhexidina al 1% en gel, todas las noches, por 14 días. (Zaldivar P, 2018)

Uno de los tratamientos consta de tres fases; la primera que consiste en una fase inicial, paliativa y preventiva; la segunda consiste en una fase restauradora y rehabilitadora; y la tercera en una fase de mantenimiento. En la primera fase se debe explicar, tranquilizar y advertir sobre lo que le puede pasar al paciente por tener esta enfermedad sistémica. Manejar una dieta estricta

dejando a un lado los carbohidratos disminuyendo el consumo del mismo de un máximo de 4 veces diarias. (Sturla R, et al. 2014)

En la fase paliativa se trata de moderar el flujo salival, indicando gomas de mascar sin azúcar, aumentando la ingesta de agua de por lo menos 2 litros diarios repartidos de 8 a 10 vasos al día. En la asesoría preventiva es primordial el manejo de agentes antibacterianos con antisépticos como como asesoría preventiva gluconato de clorhexidina al 0.12% en enjuague durante un minuto al día por una semana cada mes y eliminando dentífricos que contengan monofluorurofosfato de sodio durante el periodo de una hora debido a que lo inactiva. (Sturla R, et al. 2014)

En la fase restauradora y rehabilitadora, se debe restaurar caries cervicales recientes, de preferencia con amalgama y si está comprometida la estética del diente, utilizar resina o ionómero de vidrio haciendo controles cada tres meses. Si las restauraciones cervicales fallan constantemente, se debe mirar la posibilidad de entrar al tratamiento con una prótesis parcial unitaria (PFU) para evitar mucha pérdida dentaria por caries o por la calcificación de los conductos radiculares. (Sturla R, et al. 2014)

Rehabilitar con prótesis fija los dientes con caries cervicales extensas o las que han fracasado más de dos veces en las restauraciones cervicales en el periodo de 2 años. Es preferible rehabilitar los espacios edentulos con prótesis fija sobre implantes en vez de prótesis removible. Rehabilitar con prótesis removible dentosoportadas en caso de que sea muy necesario y en caso de desdentamiento total colocar prótesis implantosportadas a prótesis totales mucosoportadas. (Sturla R, et al. 2014)

En la tercera fase, se debe realizar control clínico cada 3 meses, tomando el índice de placa bacteriana, aplicación de barniz en flúor, controlar la dieta, indicar buena técnica de higiene oral, posteriormente evaluar su estado periodontal, estado de las restauraciones, estado de las prótesis, controlar el estado de la cámara pulpar y conductos pulpares mediante radiografías. (Sturla R, et al. 2014)

En pacientes con SS primario la higiene bucal es esencial y, se debe evitar el consumo de agentes irritantes como el alcohol y el tabaco. El cepillado debe realizarse luego de los enjuagues. El cepillo debe ser de cerdas suaves, y se indica cepillarse de 3 a 4 veces al día. (Zaldivar P, 2018)

El manejo periodontal de los pacientes con SS en su primera fase, comienza con la enseñanza de métodos de higiene. Posteriormente, se realiza la eliminación de todos los irritantes locales. Si existen restos radiculares, caries o restauraciones defectuosas, deben ser tratados durante esta fase. Luego se debe pasar a una fase quirúrgica periodontal, si el caso lo amerita. (Zaldivar P, 2018)

Las prótesis sobre implantes dentales ofrecen una alternativa de tratamiento para los pacientes con SS, debido a que no son susceptibles a caries. Existen pocos estudios a largo plazo, sobre el tratamiento con implantes oseointegrados y la susceptibilidad a la periimplantitis, de estos pacientes; por lo cual es necesario seguir varias pautas antes de su colocación. (Zaldivar P, 2018)

La causa de la xerostomía necesita ser diagnosticada y tratada. Cualquier infección bucal como la periodontitis, caries o candidiasis, deben ser tratadas antes de la colocación de los implantes, y controladas después de su colocación. (Zaldivar P, 2018)

Se recomienda la rehabilitación de espacios edéntulos con prótesis fija sobre implantes, en vez de prótesis removibles; rehabilitar con prótesis parciales removibles dentosoportadas, sólo en caso estrictamente necesario, y en caso de desdentamiento total, prótesis implantosoportadas en vez de prótesis totales mucosoportadas; ya que estas últimas producen alteraciones en las mucosas y, aumentan el riesgo de sobreinfección por *Candida*. (Zaldivar P, 2018)

En los pacientes edéntulos, la limpieza de las prótesis se realiza suavemente usando un algodón impregnado con clorhexidina al 0,04%. Las prótesis se deben cepillar con un cepillo adecuado, el cual, de 3 a 4 veces a la semana, debe sumergirse en clorhexidina al 2% o hipoclorito de sodio al 1%, para evitar la formación de placa y la adherencia de microorganismos. Durante la noche, debe dejarse las prótesis sumergidas en una solución bicarbonatada que se prepara con una cucharadita (2,5 ml) de bicarbonato de sodio en medio vaso de agua (150 ml). (Zaldivar P, 2018)

Pénfigo vulgar

Dentro de las medidas no farmacológicas se encuentra, la higiene dental diaria y la profilaxis profesional, al menos con raspaje y pulido supragingival los cuales han mejorado significativamente la extensión de la lesión como manifiestan las ampollas en la boca, cara o en las membranas mucosas genitales. (Luján, I. C. G. 2021)

El diagnóstico temprano marca el pronóstico de la enfermedad ya que, administrando dosis más bajas durante períodos más cortos, pueden controlar eficazmente la enfermedad, dependiendo de la respuesta, la dosis se reduce gradualmente a la dosis terapéutica mínima, tomada una vez al día para minimizar los efectos secundarios. El tratamiento se basa en la terapia sistémica y/o local con corticosteroides, gracias a la utilización de esta medicación el pronóstico de la enfermedad ha

cambiado. Antes de su uso, la mortalidad era de aproximadamente el 75% y, actualmente, se reduce hasta una cifra cercana al 6%. (Jimenez-zarazua, et al. 2018)

Antes de 1981, los esteroides sistémicos en dosis altas se usaban ampliamente para el tratamiento del pénfigo. A pesar de que los resultados del tratamiento fueron mejores, los efectos secundarios relacionados con el fármaco también fueron mayores, ya que el uso de esteroides hace que exista una serie de efectos secundarios. Por ello, con el paso de los años se estuvo investigando para obtener una terapia adyuvante y descubrieron, los agentes inmunosupresores ahorradores de esteroides. Los más utilizados serían: metotrexato, Ig intravenosa, azatioprina, ciclofosfamida, micofenolato de mofetilo y rituxumab. El rituximab (RTX) es un anticuerpo monoclonal para los linfocitos CD20 expresada en las membranas celulares de los linfocitos B y se ha convertido en un tratamiento de primera línea para pénfigo vulgar. (Pitarch, G, et al. 2014)

El rituximab se utiliza en neoplasias malignas de células B y en enfermedades autoinmunes mediadas por anticuerpos como la púrpura trombocitopénica idiopática, anemia hemolítica urémica, lupus eritematoso sistémico, miastenia grave, síndrome de Sjögren y aplasia pura de células rojas. La utilización del RTX ha variado de ser usado como agente conservador de esteroides de primera línea, tratamiento de rescate de tercera línea para pacientes refractarios, e incluso, como tratamiento de mantenimiento primario. Se dispone de datos limitados sobre la eficacia y seguridad de RTX a largo plazo. En 2015, las directrices de consenso europeo recomendaron RTX como tratamiento de tercera línea. (Pitarch, G, et al. 2014)

Los autores realizaron una revisión en aquellos casos de pénfigo que fueron tratados con rituximab, observaron que en todos los casos que fueron tratados con rituximab disminuyó la dosis y tiempo de los corticoides; también observaron una mejoría tanto en las lesiones cutáneas como en las mucosas. Todo ello se pudo observar desde la segunda semana de iniciar el tratamiento,

obteniendo la respuesta máxima desde la segunda semana hasta los 3 meses. (Pitarch, G, et al. 2014)

Actualmente, también se utiliza para el tratamiento del pénfigo el plasma rico en plaquetas

Enfermedad de Behcet

El tratamiento sintomático con solución acuosa de lidocaína al 2%, corticoides tópicos, mantener una buena higiene oral y seguimiento odontológico periódico. En aftosis intensa puede ser necesario el uso de corticoides orales. En casos con aftosis frecuente, tratamiento profiláctico de los brotes con colchicina (0,5-2 mg/día, ajustar dosis según gravedad y tolerancia digestiva). (Calzada-Hernández, J, 2020)

En lo que refiere al tratamiento de las lesiones orales, se emplea básicamente la misma terapéutica que se emplea en los pacientes con (estomatitis aftosa recurrente) EAR, optando en los casos más leves por tratamientos tópicos y reservando los tratamientos sistémicos para los casos más graves. Dentro de la terapéutica tópica, los esteroides han sido clásicamente la principal arma en el tratamiento de las úlceras orales. La triamcinolona (0,05- 0,5%), la fluocinolona (0,05-0,1%), el clobetasol (0,05-0,1%) y la betametasona (0,1%) permiten reducir considerablemente la sintomatología y duración de las lesiones, aunque no evitan las recurrencias. La utilidad de otros fármacos utilizados tópicamente como anestésicos, analgésicos, antisépticos o productos cicatrizantes es limitada, por lo que en algunos casos solo se emplean como complemento de otros agentes, bien solos o dentro de diferentes formulaciones magistrales. (Eguía, A, et al. 2018)

En caso de lesiones orales severas, se emplean fármacos por vía sistémica, integrando su uso dentro del protocolo terapéutico general y tras sopesar detenidamente la relación riesgo beneficio que su uso supone. El empleo de fármacos con potentes efectos inmunomoduladores

como la talidomida, tacrolimus, azatioprina, azelastina o metotrexate permiten conseguir una reducción del número de lesiones, del dolor, de la duración de los brotes y un aumento del periodo de latencia. Sin embargo, el empleo de estos medicamentos puede acompañarse de importantes efectos secundarios como teratogenicidad, trastornos digestivos severos, hematológicos, etc, por lo que durante su uso el paciente debe ser monitorizado y las mujeres en edad fértil deben seguir estrictas medidas anticonceptivas. Su dosificación es individualizada y debe ser estrictamente respetada. La administración de corticoides sistémicos, como la prednisona en diferentes dosificaciones, consigue una curación rápida de las lesiones y periodos de latencia sensiblemente mayores, aunque su administración debe realizarse bajo estrictas. (Eguía, A, et al. 2018)

Se suministra diferentes medidas que permitan reducir sus efectos secundarios. Otros fármacos como la pentoxifilina, fármaco con acciones hemorreológicas e inmunomodulador o antimicóticos como la colchicina permiten reducir e incluso evitar la aparición de nuevos brotes de lesiones durante largos periodos de tiempo incluso tras cesar su administración, aunque no se conoce con exactitud a través de que mecanismo de acción. Como en los casos anteriores, su uso debe realizarse bajo una minuciosa dosificación y monitorización de los pacientes. (Eguía, A, et al. 2018)

Teniendo en cuenta las enfermedades habladas, el conocer, identificar y dar un diagnóstico temprano es muy importante para no tener complicaciones futuras, y para así suministrar un tratamiento adecuado y eficaz cuando se requiera. Cuando se habla de una enfermedad autoinmune sistémica se habla de una enfermedad que podría agravarse con el tiempo, con la edad, con un mal diagnóstico y un mal tratamiento. Las enfermedades autoinmunes tienen tendencia a desarrollar y contraer infecciones porque debilita el sistema inmunológico; que son las estructuras de nuestro cuerpo que forman un conjunto para que haya una funcionalidad en general y también porque para

la mayoría de los tratamientos se utilizan fármacos inmunodepresores. Se utilizan fármacos inmunodepresores el cual hace que el sistema inmunitario sea capaz de detectar y destruir las células que afectan al organismo. Por ello se lleva a cabo el presente trabajo para adquirir el conocimiento suficiente y poder compartirlo a quienes lo necesiten al momento de servir como profesionales de la salud ya que conlleva una gran responsabilidad al diagnosticar a un paciente puesto que las mayorías de enfermedades se evidencian en cavidad oral y de gran importancia para que esta no evolucione.

Diseño metodológico

Tipos de investigación

La presente investigación es una revisión sistemática debido a que son resúmenes claros y estructurados de la información disponible que va orientada a responder una pregunta en clínica en específico. Dado que están constituidas por múltiples artículos y fuentes de información, que representan un alto espectro de búsqueda. Se caracterizan por tener un proceso de producción transparente y comprensible para recolectar, seleccionar, evaluar críticamente y resumir toda la evidencia disponible con respecto a la efectividad ante el tratamiento, diagnóstico y pronóstico. (Moreno, et al. 2018)

Población y muestra

La población y muestra estuvo determinada por 40 artículos entre los años 2014-2022 publicados en revistas indexadas, referentes a manifestaciones orales y su manejo odontológico en pacientes con enfermedades autoinmunes.

Criterios de inclusión

- Artículos en un intervalo de tiempo del 2014-2021.
- Artículos cuyo tema principal es manejo odontológico en pacientes con enfermedades autoinmunes.
- Artículos cuyo tema principal son las manifestaciones orales en pacientes con enfermedades autoinmunes.
- Artículos indexados.
- Artículos escritos en idiomas español, portugués e inglés.
- Artículos de revisión bibliográfica, experimental y revisión de casos clínicos.

Criterios de exclusión

- Artículos en disponibilidad abstract.
- Monografías.
- Tesis de pregrado.
- Artículos que en su contenido no cumplan con los criterios necesarios para llevar la investigación.

Materiales y métodos

Se realizó una revisión de la literatura con el objetivo de determinar las manifestaciones orales y su manejo odontológico en pacientes con enfermedades autoinmunes para el cual se realizó una recopilación de artículos utilizando los siguientes buscadores Google académico, Pubmed, Scielo, Dialnet, incluyendo revistas indexadas y artículos en español, portugués e inglés tomando como palabras clave ‘’manejo odontológico’’, ‘’manifestaciones orales’’, ‘’diagnostico en manifestaciones orales’’, ‘’consecuencias de las manifestaciones orales’’. Se tuvieron en cuenta artículos en el intervalo de tiempo del 2014-2022.

Se utilizaron en la búsqueda de artículos indexados descriptores como or, not, yes, and; se incluirán artículos sobre la determinación de las manifestaciones orales y su manejo odontológico en pacientes con enfermedades autoinmunes y todos los artículos que su información resulto útil para esta investigación. Se excluyeron resúmenes, monografías, revistas no indexadas y tesis de pregrado, así como los artículos que están fuera del intervalo de tiempo entre el 2014-2022.

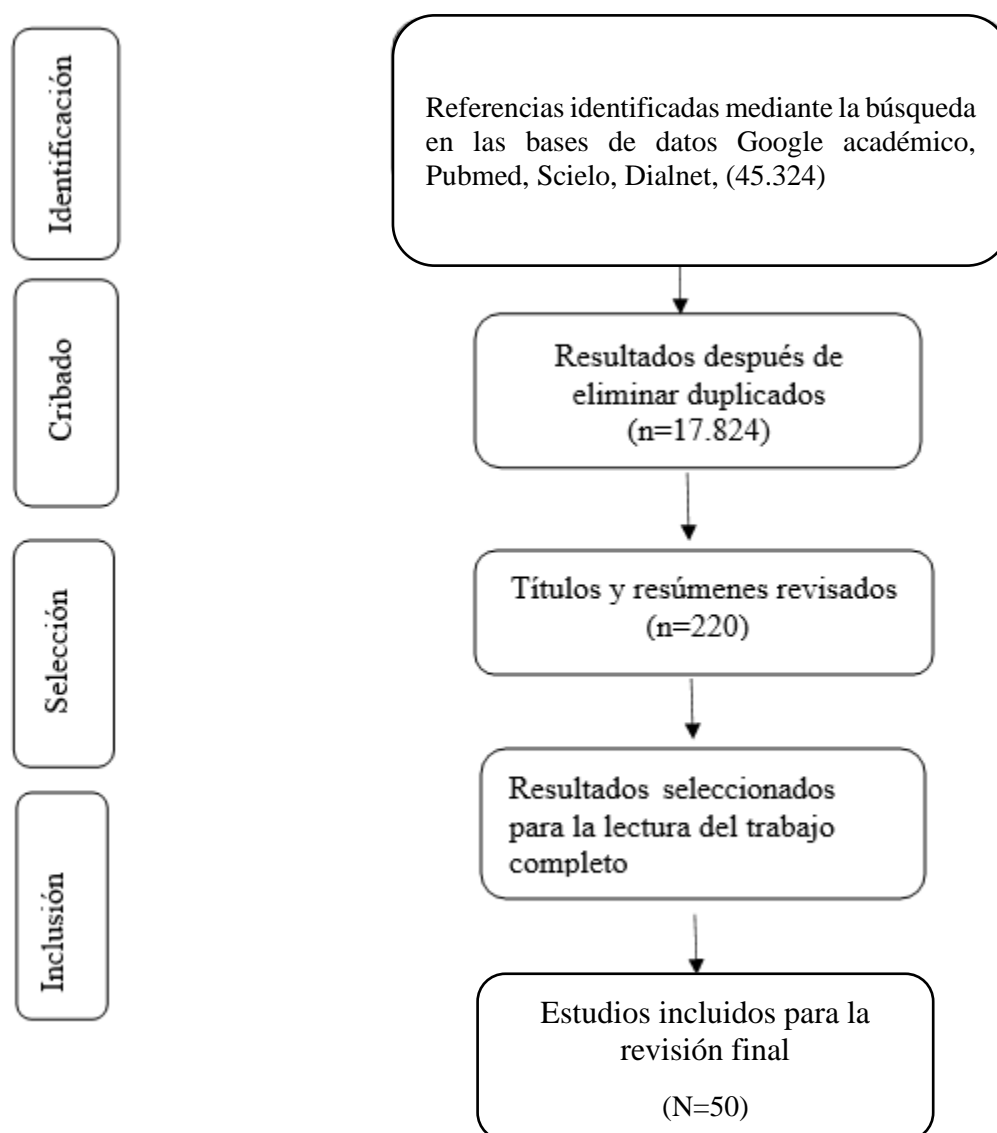
Tabla 1.

Resultados de búsqueda de la base de datos con palabras claves.

Fecha de Revisión	Base de datos	Ecuación de Búsqueda	Numero de Artículos
10/10/2022	Pubmed	Manejo odontológico	134
		Manifestaciones orales	14
		Diagnostico en manifestaciones orales	265
		Consecuencias en las manifestaciones orales	8
10/10/2022	Google académico	Manejo odontológico	16.000
		Manifestaciones orales	14.800
		Diagnostico en manifestaciones orales	16.400
		Consecuencias en las manifestaciones orales	73.300
10/10/2022	Dialnet	Manejo odontológico	2
		Manifestaciones orales	10
		Diagnostico en manifestaciones orales	25
		Consecuencias en las manifestaciones orales	11
10/10/2022	Scielo	Manejo odontológico	103
		Manifestaciones orales	200
		Diagnostico en manifestaciones orales	66
		Consecuencias en las manifestaciones orales	58

Figura 1. Diagrama de flujo. Protocolo PRISMA.

Nota: Proceso en la identificación, cribado, selección y la inclusión de estudios científicos utilizados en la revisión bibliográfica.



Análisis estadístico

El análisis estadístico se basó en el uso de tablas y cuadros organizadores, donde se realizó el análisis tomando como referencia los diferentes documentos y artículos estudiados de la revisión sistemática de la literatura.

La selección seguirá un proceso de tres etapas como lo sugiere la guía prisma. En la primera etapa se examinará el título para determinar la importancia del tema. En la segunda etapa si el título y los objetivos coinciden con la reseña. En la tercera etapa se leerá de forma independiente el texto de los estudios seleccionados en la segunda etapa, para determinar si cumplen con los criterios de inclusión. (Gómez, et al. 2020)

Resultados

Se realizó la búsqueda de referencias bibliográficas por los buscadores de Google académico, Pubmed, Scielo, Dialnet, incluyendo revistas indexadas y artículos en español, portugués e inglés tomando como palabras clave “manejo odontológico”, “manifestaciones orales”, “diagnostico en manifestaciones orales”, “consecuencias de las manifestaciones orales”. Se tuvo en cuenta artículos en el intervalo de tiempo del 2014-2022.

Manifestaciones orales y su manejo odontológico en pacientes con enfermedades autoinmunes.

Según los artículos seleccionados y estudiados, las enfermedades autoinmunitarias son patologías que afectan el sistema inmunológico del organismo, el cual pierde la capacidad de distinguir entre los componentes propios y los extraños. Esta situación lleva a que las células y los tejidos propios del cuerpo sean atacados por el sistema inmunitario, produciendo diversas manifestaciones clínicas, entre ellas, lesiones en la cavidad bucal.

En esta revisión sistemática de la literatura se han identificado las lesiones orales más comunes en pacientes con enfermedades autoinmunes. Los pacientes con artritis reumatoide pueden padecer periodontitis y artralgia de la articulación temporomandibular. Su manejo odontológico va de la mano entre médico reumatólogo y especialista en articulación temporomandibular, permite un diagnóstico precoz de esta patología para plantear estrategias combinadas de tratamiento con el objeto de minimizar el problema en una articulación. (Lazo G, 2021)

Mientras que en pénfigo vulgar las lesiones más comunes son las ampollas intraorales y erosiones orales. El tratamiento odontológico sugiere ser cuidadoso y en lo posible se deben evitar

fármacos que puedan agravar esta enfermedad, se debe realizar una evaluación clínica para identificar lesiones orales, se le recomienda al paciente tomar sustitutos salivales para controlar la sequedad bucal y se le puede sugerir un cambio de dieta con ejercicios orales para mejorar la facilidad para ingerir alimentos. (Graña D, et al. 2018)

En el caso del síndrome de Sjögren, se observa con mayor frecuencia xerostomía y sialoadenitis. Su manejo odontológico es necesario realizar una evaluación clínica detallada y establecer un plan de tratamiento individualizado. Algunos aspectos para considerar en el manejo odontológico de pacientes con Síndrome de Sjögren incluyen la prevención de caries, el control de la halitosis, y la educación sobre la importancia de la higiene oral adecuada. Según lo reportado por (Alcaraz J, et al. 2019)

El lupus eritematoso sistémico puede manifestarse con úlceras orales, lesiones blancas en la mucosa, gingivitis, erupciones cutáneas, dolor articular y fiebre. El tratamiento odontológico debe ser individualizado en función de las manifestaciones clínicas del paciente y se deben evitar fármacos que puedan agravar la enfermedad.

En la esclerosis sistémica, las lesiones orales más frecuentes son las telangiectasias orales y trastornos de la motilidad esofágica. Requieren tratamiento inmunosupresor, debe emplearse Ciclofosfamida, también una alternativa puede ser azatioprina y micofenolato de mofetilo.

Por último, los pacientes con enfermedad de Behcet pueden presentar úlceras genitales, úlceras orales y eritema nodoso. El tratamiento sintomático con solución acuosa de lidocaína al 2%, corticoides tópicos, mantener una buena higiene oral y seguimiento odontológico periódico. En aftosis intensa puede ser necesario el uso de corticoides orales. (Calzada-Hernández, J, 2020)

Lesiones frecuentes presentes en la cavidad bucal de los pacientes con enfermedades autoinmunes.

El Síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmunitaria crónica, caracterizada por la inflamación y destrucción de las glándulas exocrinas, lo que provoca sequedad de ojos y boca. En los pacientes con SS, las lesiones orales son comunes y pueden ser debidas a la falta de producción de saliva y la sequedad de las mucosas. En un estudio realizado por Alcaraz J, et al. (2019), se identificaron diversas manifestaciones clínicas orales en pacientes con SS, como xerostomía, caries dentales, erosión dentaria, periodontitis, candidiasis oral, entre otras. El autor destaca la importancia del control odontológico y la prevención en estos pacientes, con el objetivo de minimizar la afectación oral.

Por otro lado, el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria crónica que puede afectar diversos órganos y tejidos del organismo, incluyendo la cavidad bucal. La afectación oral en pacientes con LES puede incluir lesiones mucocutáneas, úlceras orales, queilitis, gingivitis, periodontitis, xerostomía, entre otras. En un estudio de Miranda O, et al. (2019), se evaluó la repercusión del LES en la cavidad bucal, identificando diversas manifestaciones clínicas en los pacientes, como la presencia de úlceras orales recurrentes, xerostomía, y cambios en la coloración de las encías. El autor destaca la importancia de la evaluación periódica y el tratamiento temprano de las lesiones bucales en pacientes con LES.

El Pénfigo Vulgar (PV) es una enfermedad autoinmunitaria que se caracteriza por la producción de autoanticuerpos dirigidos contra las proteínas de unión intercelular, lo que lleva a la formación de ampollas y úlceras en la piel y las mucosas. En pacientes con PV, la afectación oral es común y puede incluir úlceras orales, dolor oral, xerostomía, y en casos más graves, la pérdida de piezas dentarias. En un estudio de Batista et al. (2019), se evaluó la presencia de lesiones

orales en pacientes con PV, destacando la importancia del diagnóstico temprano y el tratamiento multidisciplinario de los pacientes para controlar las lesiones.

Ahora bien, las enfermedades autoinmunes, como la esclerosis sistémica, pueden causar lesiones en la cavidad bucal. Las lesiones más frecuentes en pacientes con esta enfermedad son la xerostomía o boca seca, el engrosamiento y la fibrosis del tejido gingival, la reducción del tamaño de la boca, la limitación en la apertura de la boca, la aparición de llagas, el dolor y la inflamación en las encías. Es importante que los pacientes con enfermedades autoinmunes sean evaluados regularmente por un odontólogo y que se les brinde un cuidado dental adecuado para prevenir la progresión de estas lesiones y mejorar su calidad de vida.

Para conectar la información previa, se elaboró una tabla que muestra las lesiones orales más comunes en diversas enfermedades autoinmunitarias, como el lupus eritematoso sistémico, la artritis reumatoide, el pénfigo vulgar, el síndrome de Sjögren, la esclerosis sistémica y la enfermedad de Behcet. Estas lesiones incluyen úlceras, aftas, xerostomía, caries e infecciones micóticas, entre otras. La tabla resume los resultados y cita los autores correspondientes para enfatizar la información recopilada en los artículos revisados.

Tabla 1.

Lesiones frecuentes presentes en la cavidad bucal de los pacientes con enfermedades autoinmunes.

Enfermedad	Lesión	Autor	Tipo de estudio y Metodología
Lupus eritematoso sistémico	Úlceras orales	Márquez M, et al. (2014)	Estudio transversal descriptivo Se evaluó la presencia y características de las úlceras orales en 56 pacientes con lupus eritematoso sistémico.
	Liquen plano oral	Brasil, V, et al. (2020)	Se realizó una revisión sistemática de la literatura para analizar la prevalencia, características clínicas y factores de riesgo del liquen plano oral en pacientes con lupus eritematoso sistémico.
	Gingivitis	Coronado-Alvarado C, et al. 2018	Estudio transversal descriptivo. Se evaluó la presencia y características clínicas de la gingivitis en 51 pacientes con lupus eritematoso sistémico.
Artritis reumatoide	Periodontitis	Fernández Á. et al (2019)	Estudio transversal descriptivo Se evaluó la relación entre la artritis reumatoide y la periodontitis en 80 pacientes con ambas condiciones.
	Artralgia de la articulación temporomandibular	Camaño L. et al (2020)	Estudio transversal descriptivo. Se evaluó la presencia y características clínicas de la artralgia de la articulación temporomandibular en 82 pacientes con artritis reumatoide.
Pénfigo vulgar	Ampollas intraorales	Batista M, et al. (2019)	Estudio transversal descriptivo. Se evaluó la presencia y características de las ampollas intraorales en 26 pacientes con pénfigo vulgar.
	Erosiones orales	Batista M, et al. (2019)	Estudio transversal descriptivo. Se evaluó la presencia y características de las erosiones orales en 26 pacientes con pénfigo vulgar.
Síndrome de Sjögren	Xerostomía	Alcaraz J, et al. (2019)	Se realizó una revisión sistemática de la literatura para analizar la prevalencia, características clínicas y factores de riesgo de la xerostomía en pacientes con síndrome de Sjögren.

	Sialoadenitis	Alcaraz J, et al. (2019)	Se realizó una revisión sistemática de la literatura. un análisis histopatológico de muestras de glándulas salivales de pacientes con la enfermedad
Esclerosis sistémica	Telangiectasias orales	Graña D, et al. (2018)	Estudio transversal descriptivo. Se encontró que las telangiectasias orales son una manifestación frecuente de la enfermedad
	Trastornos de la motilidad esofágica	Graña D, et al. (2018)	Estudio transversal descriptivo Se tomó una muestra de 49 pacientes con esclerosis sistémica y se les realizó una manometría esofágica para evaluar los trastornos de la motilidad
Enfermedad de Behcet	Úlceras genitales	(Tong, B, et al. 2019)	Revisión sistemática de la literatura, La revisión encontró que las úlceras genitales son comunes en pacientes con enfermedad de Behcet, y que su presencia puede estar asociada con la gravedad de la enfermedad.
	Úlceras orales	(Tong, B, et al. 2019)	Revisión sistemática de la literatura, en enfermedad de Behcet se encontró que el 96.7% presentó úlceras orales en algún momento de la enfermedad.
	Eritema nodoso	(Tong, B, et al. 2019)	Estudio observacional de caso-control, El estudio comparó la presencia de eritema nodoso en pacientes con y sin enfermedad de Behcet, y encontró que los pacientes con la enfermedad tenían una mayor frecuencia de la lesión.

Fuente: elaboración propia

Manifestaciones orales que se presentan en pacientes con enfermedades autoinmunes según su ubicación y sintomatología

En el caso del Lupus Eritematoso Sistémico (LES), las manifestaciones orales más comunes son las úlceras orales, que se presentan en hasta el 50% de los pacientes. Estas úlceras pueden variar en tamaño y ubicación, pero generalmente son dolorosas y se localizan en la mucosa oral. Otros hallazgos orales incluyen la gingivitis y la inflamación del paladar blando. (Márquez C, et al. 2014)

En el caso de la artritis reumatoide (AR), las manifestaciones orales incluyen la xerostomía, la periodontitis y la erosión del esmalte dental. La xerostomía se presenta en hasta el 80% de los pacientes con AR y puede contribuir a un mayor riesgo de caries dental y enfermedad periodontal. La erosión del esmalte dental se debe a la exposición ácida debido a la xerostomía y al consumo de alimentos y bebidas ácidas. (Bartold, et al. 2020).

En el caso del penfigo vulgar (PV), las manifestaciones orales más comunes son las ampollas y las úlceras orales, que pueden variar en tamaño y ubicación. Estas lesiones pueden ser dolorosas y pueden dificultar la alimentación y el habla. (Yen E, et al. 2018)

En el caso del síndrome de Sjögren, las manifestaciones orales incluyen la xerostomía, la inflamación de las glándulas salivales y la candidiasis oral. La xerostomía y la inflamación de las glándulas salivales pueden contribuir a un mayor riesgo de caries dental y enfermedad periodontal, mientras que la candidiasis oral se debe a una inmunidad reducida. (Sturla R, et al 2014)

En el caso de la esclerosis sistémica (ES), las manifestaciones orales incluyen la xerostomía, la limitación de la apertura bucal y la fibrosis de la mucosa oral. La xerostomía y la limitación de la apertura bucal pueden contribuir a un mayor riesgo de caries dental y enfermedad

periodontal, mientras que la fibrosis de la mucosa oral puede dificultar la alimentación y el habla. (Jiménez P, et al. 2015)

En cuanto a la ubicación de las lesiones orales, se encontró que en el lupus eritematoso sistémico las lesiones pueden aparecer en cualquier parte de la boca, mientras que en la artritis reumatoide y la esclerosis sistémica las lesiones son más comunes en la lengua. En el pénfigo vulgar, las lesiones se localizan principalmente en la mucosa oral y en el síndrome de Sjogren, se presenta una disminución en la secreción de saliva, lo que puede llevar a la aparición de caries y otros problemas dentales.

Tabla 2.

Enfermedades autoinmunitarias y sus manifestaciones orales

Enfermedad	Manifestaciones orales	Ubicación	Autores
Síndrome de Sjögren	Sequedad bucal, caries dental, infecciones orales recurrentes, úlceras orales	Mucosa oral y dientes	(Zaldivar P, 2018)
Lupus eritematoso sistémico	Úlceras orales, dolor en la boca, lesiones blancas en la mucosa oral, gingivitis, periodontitis	Mucosa oral, labios, encías	(Escandón, A. 2022)
Penfigo vulgar	Úlceras orales, erosiones, ampollas, vesículas, dolor en la boca	Mucosa oral y piel	Batista et al. (2019)
Artritis reumatoide	Dolor en la boca, síndrome de la articulación temporomandibular, reducción de la apertura	Articulaciones temporomandibulares, encías	Camaño C, et al (2020).

	bucal, xerostomía, caries dental, enfermedad periodontal		
Esclerosis sistémica	Sequedad bucal, dificultad para tragar, apertura limitada de la boca, retracción gingival, pérdida de dientes y telangiectasias orales (pequeñas venas visibles en la mucosa oral)	La ubicación específica de la enfermedad puede variar de un paciente a otro, dependiendo de la extensión y gravedad de la enfermedad. Sin embargo, generalmente se presenta en la piel, manos, brazos, piernas, pulmones, corazón, riñones y tracto gastrointestinal.	(Graña D, 2018)
Enfermedad de Behçet	Úlceras orales, dolor en la boca, inflamación de la mucosa oral, gingivitis, periodontitis	Mucosa oral	(Saccucci, M, et al. 2018)

Fuente: elaboración propia

Manejo odontológico de las manifestaciones orales que presentan los pacientes con enfermedades autoinmunes.

Teniendo en cuenta lo anterior, se presentará una revisión sobre el manejo odontológico de las manifestaciones orales en pacientes con enfermedades autoinmunes.

El Síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune que causa una disminución en la producción de saliva, lo que puede generar diversas manifestaciones orales. Para el manejo odontológico de estas manifestaciones, es necesario realizar una evaluación clínica detallada y establecer un plan de tratamiento individualizado. Algunos aspectos para considerar en el manejo odontológico de pacientes con Síndrome de Sjögren incluyen la prevención de caries, el control de la halitosis, y la educación sobre la importancia de la higiene oral adecuada. Según lo reportado

por (Zaldivar P, 2018) algunos de los aspectos a considerar en el manejo odontológico de estos pacientes son:

Fomentar una adecuada higiene bucal, a través del uso de cepillos suaves y pastas dentales sin irritantes, así como del empleo de enjuagues bucales hidratantes.

Controlar la caries dental, mediante la aplicación de sellantes y fluoruros.

Tratar las complicaciones orales asociadas, como las infecciones fúngicas y bacterianas, la gingivitis y la periodontitis.

Utilizar lubricantes orales y sustitutos de saliva, como los chicles sin azúcar, para aliviar la sequedad bucal.

El lupus eritematoso sistémico puede manifestarse con úlceras orales, lesiones blancas en la mucosa, erupciones cutáneas, dolor articular y fiebre. El tratamiento odontológico debe ser individualizado en función de las manifestaciones clínicas del paciente y se deben evitar fármacos que puedan agravar la enfermedad. Por otra parte, en la artritis reumatoide, los pacientes pueden presentar inflamación y dolor en la articulación temporomandibular, xerostomía, periodontitis y úlceras orales. El manejo odontológico debe incluir el control de la inflamación y el dolor articular, la prevención y el tratamiento de las enfermedades periodontales y la prescripción de sustitutos salivales para aliviar la xerostomía.

En el pénfigo vulgar, los pacientes pueden presentar ampollas en la cavidad oral, piel y otras mucosas del cuerpo. El tratamiento odontológico debe ser cuidadoso y evitar fármacos que puedan agravar la enfermedad. Por otro lado, Carmona M, et al. (2018) sugiere que se realice una evaluación clínica detallada para identificar las lesiones orales y su grado de actividad en pacientes con esclerosis sistémica y se recomienda el uso de sustitutos y estimulantes salivales para controlar

la sequedad bucal. Además, se pueden sugerir cambios en la consistencia de los alimentos o la realización de ejercicios de deglución para dificultad para tragar. Para tratar las telangiectasias orales, se sugiere evitar traumatismos durante los procedimientos dentales y el uso de anestesia local con vasoconstrictor para disminuir el sangrado. También se deben considerar las técnicas de injerto gingival para tratar la retracción gingival. Es esencial que odontólogos y especialistas en reumatología trabajen juntos para desarrollar un plan de tratamiento personalizado y evitar la prescripción de fármacos que puedan desencadenar o agravar la enfermedad.

En general, el manejo odontológico de las manifestaciones orales en pacientes con enfermedades autoinmunes debe ser individualizado y basado en una evaluación clínica detallada para identificar las lesiones orales presentes y establecer un plan de tratamiento individualizado.

Discusión

El sistema inmunológico es un sistema de reconocimiento mediante una combinación celular y química, reconoce elementos ajenos, protege al organismo y asegura una réplica defensiva. La autoinmunidad es definida como respuesta inmune adaptativa, capacitada para responder a una variedad ilimitada de antígenos, por el amplio repertorio de especificidades ocasionando una reacción inmunológica que da lugar a la creación de anticuerpos. (Saccucci M. 2018)

Una enfermedad autoinmune se produce por el sistema inmunitario que ataca las células del mismo organismo. Estas enfermedades pueden llegar a ser crónicas debido a su alto contenido de autoantígenos que no se pueden eliminar, lo cual crea daños en el organismo a tal punto de comprometer uno o más órganos, llegando afectar aproximadamente al 5% de la población. (Reyes O. 2016) Sin embargo, una proporción de los pacientes puede progresar en severidad, de modo que, los casos moderados y graves se dividen por igual tiempo a un tercio en cada categoría. La gravedad de la enfermedad puede variar según el origen étnico y generalmente es peor en pacientes de origen africano y latinoamericanos, relacionados con la salud la calidad de vida se ve muy comprometida. (Fanouriakis. A, et al. 2021)

Las lesiones y manifestaciones clínicas encontradas en la literatura son similares entre patologías y no son particularmente criterios únicos para el diagnóstico de este grupo de enfermedades, donde los criterios con mayor puntaje son los test que confirmen la existencia de anticuerpos que causen reacciones cruzadas frente a antígenos propios; también se encontró que la mayoría de afecciones se encuentran en mujeres. (Saccucci M. 2018)

A favor de esta teoría, otro grupo de investigadores presentan el hecho de que los primeros síntomas de enfermedad aparezcan frecuentemente en torno a los 20 años de edad, cuando la

producción de estrógenos alcanza su máximo. Por otro lado, los cambios hormonales del embarazo, como otro punto crítico en la vida de la mujer, presentan numerosos casos de enfermedades autoinmunes.

Según la literatura consultada, se ha encontrado que las enfermedades autoinmunes pueden provocar diversas manifestaciones clínicas en la cavidad bucal (Saccucci M. 2018). Por ejemplo, en el lupus eritematoso sistémico se observa con frecuencia úlceras orales, líquen plano oral y gingivitis, mientras que en el síndrome de Sjogren predominan la xerostomía y la sialoadenitis debido a la inflamación y destrucción de las glándulas exocrinas (Márquez F, et al. 2014).

En el caso de la artritis reumatoide, los pacientes pueden presentar periodontitis y artralgia de la articulación temporomandibular, mientras que en el pénfigo vulgar las lesiones más comunes son las ampollas intraorales y las erosiones orales. La esclerosis sistémica, por su parte, se asocia con telangiectasias orales y trastornos de la motilidad esofágica, mientras que la enfermedad de Behcet puede provocar úlceras genitales, úlceras orales y eritema nodoso. (Graña D, et al. (2018).

Por otra parte, el autor González C, et al. (2021), menciona en cuanto a signos y/o síntomas poco comunes que posibilitan la sospecha diagnóstica de forma más temprana hacia ciertas enfermedades autoinmunes son: xerostomía o resequedad de la boca (síndrome de Sjögren) líquen plano oral (lupus eritematoso sistémico), ampollas que evolucionan hacia úlceras orales (pénfigo vulgar), artralgia y dificultad para el movimiento de la ATM (artritis reumatoide) y limitaciones para abrir la boca o presencia de fibrosis (esclerosis sistémica).

Asimismo, el autor, Camaño C, et al (2021), refiere que las ubicaciones que más se ven afectadas según la patología son la lengua (esclerosis sistémica), la articulación

temporomandibular (artritis reumatoide), labios y dientes (síndrome de Sjögren) y la mucosa oral (lupus eritematoso sistémico y pénfigo vulgar).

En un estudio de Alemán, O, et al. (2020), se evaluó la repercusión del lupus eritematoso sistémico en la cavidad bucal, identificando diversas manifestaciones clínicas en los pacientes, como la presencia de úlceras orales recurrentes, xerostomía y cambios en la coloración de las encías. El autor también destaca la importancia de la evaluación periódica y el tratamiento temprano de las lesiones bucales en pacientes con LES.

En el caso del penfigo vulgar, un estudio de Batista et al. (2019) encontró que los pacientes pueden presentar úlceras orales, dolor oral, xerostomía y, en casos más graves, la pérdida de piezas dentarias. El estudio resalta la importancia del diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado para evitar complicaciones graves.

Además de las lesiones orales mencionadas, es importante señalar que los pacientes con enfermedades autoinmunes pueden presentar también trastornos de la articulación temporomandibular, que se caracterizan por dolor en la mandíbula, dificultad para abrir la boca y chasquido al masticar.

En lo que respecta al manejo odontológico, las enfermedades autoinmunes comparten una serie de recomendaciones para su régimen terapéutico, donde se incluye una evaluación e historia clínica previa de forma completa y detallada, individualizar el tratamiento y alivio sintomático del paciente según su evolución dentro de unos controles, la prevención, educación del paciente acerca de su enfermedad y progreso de la misma, y la importancia de una buena higiene.

Entre las similitudes encontradas en la bibliografía escogida se encuentra que tanto los pacientes con enfermedades autoinmunes como con enfermedades que afecten en menor o mayor

medida la cavidad bucal, su tratamiento tanto de la patología como de la sintomatología debe ser manejada de forma integral entre el médico y el odontólogo.

Conclusiones

- Conocer y advertir sobre las manifestaciones orales, las lesiones más frecuentes en la cavidad bucal de los pacientes con enfermedades autoinmunes teniendo en cuenta su ubicación y sintomatología a el médico reumatólogo es lo más importante para un diagnóstico temprano para que de tal manera estas enfermedades puedan ser controladas y tratadas, así ofrecemos una mejor atención y calidad de vida nuestros pacientes.
- La aplicación del manejo odontológico es un pilar muy importante porque primero va desde una anamnesis general hasta tratar al paciente con el médico reumatólogo, el odontólogo debe prescribir ciertos medicamentos para tratar temporalmente las lesiones orales o cualquier deficiencia que nos acarree alguna de estas enfermedades.
- Algunos medicamentos utilizados para el tratamiento de enfermedades autoinmunes pueden tener efectos secundarios en la cavidad bucal, xerostomía, candidiasis oral, hipertrofia gingival y alteraciones en el gusto. Por ello, es necesario que el odontólogo conozca la medicación que está tomando el paciente y sus posibles efectos secundarios para poder tomar las medidas adecuadas.

Recomendaciones

Considerando la importancia que tiene esta investigación y en función de los resultados obtenidos se hacen diferentes sugerencias, como la realización de una historia clínica evaluando las diferentes zonas de la boca, cavidad oral y zonas faciales para un diagnóstico temprano y de tal manera de que esta enfermedad se pueda controlar y no empeore con el tiempo.

Se recomienda trabajar de la mano con un médico reumatólogo para dar un diagnóstico acertado y tratamiento efectivo.

Se deja abierta esta investigación a los odontólogos o estudiantes en formación para realizar un estudio experimental de manera que se pueda evaluar pacientes con enfermedades autoinmunes anteriormente mencionadas para diferenciar las manifestaciones, lesiones orales y garantizar un servicio de calidad a los pacientes.

Lista de referencias bibliográficas.

- Alcaraz, J., Aira, M. (2019). Frecuencia del síndrome de Sjögren en pacientes con lupus eritematoso del Hospital Central del Instituto de Previsión Social en el año 2017 que acuden a tratamiento odontológico. *Paraguay Oral Research*, 8(1), 35-40.
- Alemán, O., Morales, D., Jardón, J., y Domínguez, Y. (2020). Evolución del estudio de las manifestaciones bucomaxilofaciales del lupus eritematoso sistémico. *Revista Cubana de Reumatología*, 22(3), 1-15.
- Armas Rodríguez, Wendy Estefanía, Alarcón Medina, Gema Adriana, Ocampo Dávila, Fernando Daniel, Arteaga, Claudia Maritza, & Arteaga Paredes, Priscila Alexandra. (2019). Artritis reumatoide, diagnóstico, evolución y tratamiento. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(3), e114.
- Barile-Fabris, L. A., Pérez-Cristobal, M., Merlos-López, R. J., & Xibillé-Friedman, D. (2017). Síndrome de fragilidad en pacientes con artritis reumatoide. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(S2), 210-215.
- Bartold Lopez-Oliva, I. (2020). Periodontitis and rheumatoid arthritis: an update 2012-2017. *Periodontology 2000*, 83(1), 189-212., P. M., &
- Batista, M., Paulino, M., Oliveira, C., Cardoso, S., Arcoverde, C., Gueiros, LCarneiro, J., y Tavares, A. (2019). Correlación entre anti-desmogleína y lesiones mucocutáneas en pacientes con pénfigo vulgar o foliáceo. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 7(1), 16-22.
- Brasil, V., & Miranda, A. (2020). Alterações orais em pacientes portadores de lúpus eritematoso sistêmico. *Revista Ciências e Odontologia*, 4(2), 35-43.
- Calzada-Hernández, J., & Barcelona, E. (2020). Enfermedad de Behçet. *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Reumatología Pediátrica*, 2, 201-212.

- Camaño, L., y Pimienta, I. (2020). Afectación bucal en pacientes con artritis reumatoide. *Revista Cubana de Reumatología*, 22(2), 1-14.
- Cardozo, C., y Riatto, S. (2021). Tratamiento odontológico de pacientes geriátricos com doenças sistêmicas. *Diálogos em Saúde*, 3(2), 1-14.
- Carmona Lorduy, M., Porto Puerta, I., Berrocal Torres, S., & Camacho Chaljub, F. (2018). Manejo estomatológico y sistémico de pénfigo vulgar: reporte de un caso. *Revista Ciencias de la Salud*, 16(2), 357-367.
- Coronado-Alvarado, C. D., Gámez-Saiz, I. L., & Sotelo-Cruz, N. (2018). Características clínicas y comorbilidades de pacientes con lupus eritematoso sistémico en niños y adultos. *Acta pediátrica de México*, 39(1), 1-12.
- Daly, R., Partovi, R., & Davidson, P. (2021). Lupus diagnosis: process and patient experience. *Arthritis Rheumatol.* 2017; 69.
- Daneshparvar, H., Esfahanizadeh, N., & Vafadoost, R. (2020). Dental implants in Sjögren syndrome. *European Journal of Translational Myology*, 30(2), 334-340.
- Eguia, A., Villarroel, M., Martínez-Conde, R., Echebarría, M. Á., & Aguirre, J. M. (2018). Enfermedad de Adamantiades-Behçet: Un proceso enigmático con manifestaciones orales. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal (Internet)*, 11(1), 06-11.
- Escandón, A., y Serrano, A. (2022). Revisión bibliográfica de lupus eritematoso sistémico generalidades, manifestaciones clínicas y su manejo en odontología. *Revista Odontología*, 24(1), 3278-3278.
- Espinosa, G., & Carballeira, M. R. (2021). Enfermedad de Behçet. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(34), 1975-1984.

- Fanouriakis, A., Tziolos, N., Bertsias, G., & Boumpas, D. T. (2021). Update on the diagnosis and management of systemic lupus erythematosus. *Annals of the rheumatic diseases*, 80(1), 14–25. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2020-218272>
- Fernández Ávila, D., Vargas Caselles, A., & Diz, O.. (2019). Acidosis tubular renal como presentación clínica de Síndrome de Sjögren: reporte de caso. *Revista argentina de reumatología*, 30(2), 26-28
- Fialho, F., Nunes dos Santos, D. (2021). Oral manifestations in patients with systemic lupus erythematosus: integrative review. *Revista Pesquisa Saúde*, 22(1): 33-37
- Gómez, R. L., & Suárez, A. M. (2020). Gaming to succeed in college: Protocol for a scoping review of quantitative studies on the design and use of serious games for enhancing teaching and learning in higher education. *International Journal of Educational Research*, 2, 1-6.
- González Costa, M., & Padrón González, A. (2021). Factores etiopatogénicos de las enfermedades autoinmunes en el siglo XXI. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 40(1). Recuperado de <https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/842/936>
- González, M., Fernández, V., Rosende, R., Krupp, S., y Fernández, E. (2016). Manifestaciones bucales y cutáneas del pénfigo vulgar. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 73(1), 28-32.
- Graña, D., Vargas, A., Bérez, A., Goñi, M., y Danza, A. (2018). Esclerosis sistémica: forma de presentación y manejo terapéutico: experiencia de un grupo de trabajo en Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 3(1), 15-22.
- Jiménez, D., Bonilla, S., y Fallas, M. (2021). Lupus eritematoso sistémico: enfoque general de la enfermedad. *Revista Médica Sinergia*, 6(01), 1-17.

- Jiménez-Pérez, C. E., Zarco-Montero, L. A., Castañeda-Cardona, C., Otálora Esteban, M., Martínez, A., & Rosselli, D. (2015). Estado actual de la esclerosis múltiple en Colombia. *Acta neurológica colombiana*, 31(4), 385-390.
- Jiménez-Zarazúa, O., Guzmán-Ramírez, A., Vélez-Ramírez, L. N., López-García, J. A., Casimiro-Guzmán, L., & Mondragón, J. D. (2018). A case of acute pemphigus vulgaris relapses associated with cocaine use and review of the literature. *Dermatology and therapy*, 8, 653-663.
- Luján, I. C. G. (2021). Pénfigo Vulgar en el Sistema Penitenciario de Costa Rica: Desafíos Diagnósticos y Gestión Médico-Legal. *Revista Boaciencia. Saúde e Meio Ambiente*, 1(2), 53-61.
- Lazo, G., Marchioni, A., Ingeniero, M., Gugnali, R., Caserio, J., Scazzola, M., Manoccio, D., De Landaburu, F., Cazzola, V., Saporitti, M., Ascani, J., Gentile, I., Garcia, A., Lazo, M.V., Alsina, M.B., Mainella, C., Bentivegna, N., Ferro, M., Di Carlo, N., ... y Bustamante, C. (2021). Artritis reumatoidea y manifestaciones a nivel de la articulación temporomandibular. *Revista de la Facultad de Odontología*, 9-11.
- Medeiros, M. I. B. H., Paulino, M. R., dos Santos, C. A. O., de Andrade, S. C., Arcoverde, C. A. L., Gueiros, L. A. M., ... & Carvalho, A. A. T. (2019). Correlação entre anti-desmogleína e lesões mucocutâneas em pacientes com pénfigo vulgar ou foliáceo. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 7(1), 16-22.
- Miranda, O., Noya, A., Rodríguez, Y., Caballero, J., y Pastoriza, D. (2019). Manifestaciones maxilofaciales en pacientes con artritis reumatoide. *MediSan*, 23(03), 460-467.
- Maarse, F., Jager, D. H. J., Alterch, S., Korfage, A., Forouzanfar, T., Vissink, A., & Brand, H. S. (2019). Sjogren's syndrome is not a risk factor for periodontal disease: a systematic review. *Clinical and experimental rheumatology*, 37(3 Supp 118), S225-S233.

- Márquez Filiu, M., Estrada Pereira, G. A., González Heredia, E., Medina Montoya, L. T., & Jaca Portuondo, A. L. (2014). Manifestaciones bucales del liquen plano. *Medisan*, 17(11), 8023-8030.
- Oliveró Soldevila, S. (2014). *Esclerosis sistémica: supervivencia y factores pronósticos*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Padilla-Ortiz, D., Chamorro-Melo, M., Santos, A. M., Arias-Correal, J., Reyes-Martínez, V., Rueda, J. C., Bello-Gualtero, J. M., Calvo-Páramo, E., y Londoño, J. (2020). Enfermedad de Behcet: un reto diagnóstico en reumatología. Descripción de una serie de casos y revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Reumatología*, 27(4), 308-316.
- Palmezano-Díaz, J., Figueroa-Pineda, C., Rodríguez-Amaya, R., y Plazas-Rey, L. (2018). Prevalencia y caracterización de las enfermedades autoinmunitarias en pacientes mayores de 13 años en un hospital de Colombia. *Medicina interna de México*, 34(4), 522-535.
- Pitarch, G., Sánchez-Carazo, J. L., Pardo, J., Torrijos, A., Roche, E., & Fortea, J. M. (2014). Tratamiento de pénfigo vulgar grave resistente con rituximab. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 97(1), 48-51.
- Reis, T., Nogueira, B., Domínguez, M., de Menezes, S., da Silva e Souza, P., & Menezes, T. (2015). Manifestaciones orales en pacientes reumatológicos: una revisión de los conocimientos. *International journal of odontostomatology*, 9(3), 413-418.
- Reyes, D. (2016). Manifestaciones orales de las enfermedades sistémicas. Reflexión médica y revisión bibliográfica. *Acta Médica del Centro*, 10(1), 68-74.
- Reyes, O., Villarreal, S., Delgado, A., y Luis, O. (2016). Manifestaciones bucales y conocimiento sobre cuidados orales en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Revista Mexicana de Estomatología*, 3(1), 49-57.

- Reyes, L. D. A., & Guerrero, G. A. B. (2016). Algunas apreciaciones sobre las enfermedades autoinmunes. *Dominio de las Ciencias*, 2(3), 3-14.
- Saccucci, M., Di Carlo, G., Bossù, M., Giovarruscio, F., Salucci, A., & Polimeni, A. (2018). Autoimmune Diseases and Their Manifestations on Oral Cavity: Diagnosis and Clinical Management. *Journal of immunology research*, 1-6.
- Santafé-Sarzosa L, Sáenz-Flor K, Cuero R, et al. Anticuerpos antinucleares en pacientes con sospecha clínica de enfermedad autoinmune. *Rev Mex Patol Clin Med Lab*. 2019;66(1):6-12.
- Schur, P. H., & Hahn, B. H. (2023). Epidemiology and pathogenesis of systemic lupus erythematosus. UpToDate. Waltham, MA (US).
- Sturla Rojas, G., Romo Ormazábal, F., & Torres-Quintana, M. A. (2014). Manejo clínico odontológico integral del paciente con síndrome de Sjögren: una propuesta. *Avances en odontoestomatología*, 30(4), 205-217.
- Tong, B., Liu, X., Xiao, J., & Su, G. (2019). Immunopathogenesis of Behcet's Disease. *Frontiers in immunology*, 10, 665.
- Wallace, D. J., & Gladman, D. D. (2020). Clinical manifestations and diagnosis of systemic lupus erythematosus in adults. UpToDate. Waltham.
- Xibillé-Friedmann, D., Pérez-Rodríguez, M., Carrillo-Vázquez, S., Álvarez-Hernández, E., Aceves, F. J., Ocampo-Torres, M., García-García, C., García-Figueroa, J., Merayo-Chalico, J., Barrera-Vargas, A., Portela-Hernández, M., Sicsikk, S., Andrade-Ortega, I L., Rosales-Don Pablo, V., Martínez, A., Prieto-Seyffert, P., Pérez-Cristóbal, M., Saavedra, M., Castro-Colíno, Z., ... y Barile-Fabris, L. (2019). Guía de práctica clínica para el manejo del lupus eritematoso sistémico propuesta por el Colegio Mexicano de Reumatología. *Reumatología clínica*, 15(1), 3-20.

Yen, E. Y., & Singh, R. R. (2018). Brief report: lupus—an unrecognized leading cause of death in young females: a population-based study using nationwide death certificates, 2000–2015. *Arthritis & rheumatology*, 70(8), 1251-1255.

Zaldívar Pupo, O. L., Almaguer Pérez, D., Leyva Infante, M., Castillo Santiesteban, Y., & Grave de Peralta Hijuelos, M. (2018). Manejo estomatológico de pacientes con síndrome de Sjögren. *Correo Científico Médico*, 22(2), 325-338.