

**MANIFESTACIONES ORALES DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS
AUTOINMUNES EN
CARTAGENA DE INDIAS/ COLOMBIA**

Shirley Guardo Estrada¹, Neyder Izquierdo Mulett¹, Martha Cecilia Carmona
Lorduy², Francisco Camacho Chaljub³

**Universidad de Cartagena
Facultad de odontología
Cartagena de Indias
2019**

¹ Estudiantes Facultad de Odontología Universidad de Cartagena

² Magister en Educación, Universidad del norte. Especialista en Estomatología, Universidad de Buenos Aires. Odontóloga, Universidad de Cartagena.

³ Médico especialista en Dermatología, docente titular facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena.

**MANIFESTACIONES ORALES DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS
AUTOINMUNES EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DE LA CIUDAD DE
CARTAGENA DE INDIAS/COLOMBIA**

Autores:

**Shirley Guardo Estrada¹
Neyder Izquierdo Mulett¹
Martha Carmona Lorduy²
Francisco Camacho Chaljub³**

Docente: Farith González

TRABAJO DE GRADO

**Universidad de Cartagena
Facultad de odontología
Cartagena de Indias
2019**

Contenido

1. [Resumen..... Pág. 6](#)
2. [Introducción..... Pág. 7-8](#)
3. [Planteamiento del problema..... Pág. 8](#)
4. [Justificación..... Pág. 9](#)
5. [Objetivos..... Pág. 10](#)
6. [Marco teórico..... Pág. 10-17](#)
7. [Metodología..... Pág. 17-19](#)
8. [Resultados..... Pág. 20-26](#)
9. [Discusión..... Pág. 27-28](#)
10. [Conclusión..... Pág. 29](#)
11. [Bibliografía..... Pág. 30-33](#)

Tablas

- [Tabla 1..... Pág. 23](#)
- [Tabla 2..... Pág. 23](#)
- [Tabla 3..... Pág. 24](#)
- [Tabla 4..... Pág. 24](#)
- [Tabla 5..... Pág. 24](#)
- [Tabla 6..... Pág. 25](#)
- [Tabla7..... Pág. 25](#)
- [Tabla 8..... Pág. 26](#)
- [Tabla 9..... Pág. 26](#)

Anexos

1. [Anexo A..... Pág. 34](#)
2. [Anexo B..... Pág. 35](#)
3. [Anexo C..... Pág. 36-38](#)

1. RESUMEN

Introducción: Las enfermedades autoinmunes son un grupo de patologías causadas por el sistema inmunitario, que ataca las células del propio organismo. El sitio más frecuente de la participación de las mucosas en las enfermedades autoinmunes es la cavidad bucal. La detección temprana y el tratamiento de las enfermedades vesículoampollosas autoinmunes permiten controlar su diseminación e implicación de la piel y / u otros órganos del cuerpo. **Objetivo:** Determinar cuáles son las manifestaciones orales que presentan los individuos con enfermedades sistémicas autoinmunes que consultan a la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo conformado por 27 pacientes diagnosticados con enfermedades autoinmunes como Lupus Eritematoso Sistémico, Pénfigo, Psoriasis, Liquen Plano y Eritrodermia Exfoliativa. **Resultados:** De los pacientes incluidos 18 eran del sexo femenino y 9 del sexo masculino. El 100% de los individuos de la población presentaron manifestaciones en boca. La lesión elemental más frecuente fue la atrofia (41%). La patología reportada con mayor frecuencia fue la Psoriasis (63%). **Conclusiones:** Las enfermedades autoinmunes pueden debutar con manifestaciones orales, por tanto, como profesionales podemos instaurar un tratamiento interceptivo y preventivo, evitando la diseminación sistémica y garantizando un manejo interdisciplinario.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad autoinmune, manifestaciones bucales, atrofia.

2. INTRODUCCIÓN

Una enfermedad autoinmune se caracteriza por la respuesta que genera a determinados factores o influencias ambientales, desencadena una respuesta exagerada contra el propio organismo pudiendo afectar órganos, presente hasta en un 5% de la población general^{1,2}.

Las enfermedades autoinmunes son patologías de gran complejidad clínica, difícil diagnóstico y complejo tratamiento cuya etiología permanece aún desconocida pese a los múltiples avances realizados en los últimos años. En la génesis de estas enfermedades participan múltiples factores que confluyen entre sí para dar origen a cada una de las patologías autoinmunes conocidas, sean estas órgano-específicas o sistémicas. Entre estos elementos se incluyen la pérdida de los mecanismos de tolerancia, factores de susceptibilidad genética (polimorfismos HLA, genes no HLA y mecanismos epigenéticos)^{3,4,5,6}, factores ambientales (agentes vivos de enfermedad, agentes inorgánicos, hormonas y otros) y factores inmunológicos (linfocitos reguladores, citoquinas y moléculas coestimuladoras, entre otros)⁷.

-
1. MORÍN O. Manifestaciones bucales y conocimiento sobre cuidados orales en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Estomatología*. 2016;3:49-57.
 2. WESLEY J. Oral manifestations of systemic Lupus Erythematosus: A case report. *International Journal of Dental Clinics*. 2014;6(2):35-36.
 3. COBOS, M. Estudio de los rasgos diferenciales entre el liquen plano oral y las lesiones liquenoides orales en base a los resultados clínicos e histopatológicos. 2009;1:6-17.
 4. PONS A. Evaluación clínico patológica y biomarcadores de estrés oxidativo en pacientes con liquen plano oral. 2014;14.
 5. MILLÁN M., BAGÁN J. El pénfigo vulgar en la cavidad oral. *Gaceta dental*. 2014;39(1):158-161.
 6. BLANCO A., OTERO E., Peñamaría M., Diniz M. Diagnóstico del liquen plano oral. *Avances en odontoestomatología*. 2008;24(1).

Un grupo de enfermedades autoinmunes se caracteriza por auto anticuerpos contra las estructuras de adhesión epitelial y / o los linfocitos trópicos del tejido que conducen procesos inflamatorios que dan como resultado una patología específica en las superficies de la mucosa y en la piel⁸. El sitio más frecuente de la participación de la mucosa en las enfermedades autoinmunes es la cavidad oral^{9,3,10}.

Éstas a menudo manifiestan lesiones orales en sus etapas más tempranas¹¹, y el diagnóstico precoz, que puede ser estimulado por un examen estomatológico exhaustivo, es clave para mejorar los resultados¹². Tras el diagnóstico sistémico, las lesiones orales se benefician de la atención especializada por parte de los odontólogos en colaboración con el equipo médico¹³.

Los odontólogos juegan un papel importante en la detección precoz y el manejo médico multidisciplinario de enfermedades autoinmunes complejas.

-
7. JADUE N, GONZÁLEZ A. Inmunopatogenia de las enfermedades autoinmunes. Rev. Med.Clin.Condes. 2012;23(4):464-472.
 8. GALLEGO C., VÉLEZ L. Un acercamiento al Pénfigo desde la odontología. Rev. CES odontología. 2013;26(2).
 9. MUSTAFA M. Oral mucosal manifestations of autoimmune skin diseases. Autoimmunity reviews. 2015;14:930-951.
 10. TARQUINIO K., VIEIRA B., NORO G., MAGDALENA G. The treatment of oral lesions in Behcet's Syndrome: Case report. Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. 2016;38(2):101-104.
 11. RHODUS N., JOHNSON D. The prevalence of oral manifestations of systemic lupus erythematosus. Quintessence International. 1990;21(6):461-5.
 12. ATA F. Pemphigus vulgaris and mucous membrane pemphigoid update on etiopathogenesis, oral manifestations and management. Journal of Clinical and Experimental Dentistry. 2011;3(3):246-250.
 13. MAYS J. Oral manifestations of systemic autoimmune and inflammatory diseases diagnosis and clinical management. Periodontal and implant treatment. 2012;12:265-279.

Es importante reconocer los problemas médicos y odontológicos de los pacientes con enfermedades autoinmunes, como sus necesidades para mejorar su calidad de vida y la cavidad bucal de infecciones¹³. La detección temprana y el tratamiento de las enfermedades vesículoampollosas autoinmunes, que a veces muestran una evolución severa, permiten controlar su diseminación e implicación de la piel y / u otros órganos del cuerpo^{14,15}.

La identificación de estos factores permite mejorar el conocimiento de los variados mecanismos que median estas complejas enfermedades, facilitando no sólo el entendimiento de su etiología sino también perfeccionando las herramientas terapéuticas para enfrentarlas⁷.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente estudio busca obtener datos epidemiológicos acerca de los pacientes diagnosticados con alguna enfermedad sistémica autoinmune, como edad, sexo, estrato socioeconómico, presencia de lesiones elementales en boca, entre otros; determinando así que aspectos presentan una mayor frecuencia. A demás la generación de nuevos conocimientos que sean de utilidad para futuras investigaciones.

14. LOSCHIAVO E. Clinicopathological analysis of oral mucous autoimmune disease: a 27-year study. *Med Oral*. 2006;13(2):94-7.

15. VILLAR E., CASADO L., CERERO R. Eritema multiforme: una posibilidad diagnóstica a considerar ante lesiones agudas de la mucosa oral. 2010; 7(1):69-77.

Por tal motivo este proyecto se plantea un cuestionamiento: ¿Cuáles son manifestaciones orales que presentan los individuos con enfermedades autoinmunes que visitan la facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena?

4. JUSTIFICACIÓN

Es pertinente la realización de este trabajo porque luego de realizar una revisión bibliográfica se encontraron pocos reportes que aborden esta temática, por tal motivo se identifica que no existen investigaciones que puedan aportar estos datos de vital importancia para los odontólogos y médicos en formación, así como los profesionales que desconocen esta información. No obstante, en muchas ocasiones se presentan complicaciones de las lesiones orales y no hay conocimiento del manejo de éstas; además nunca se había hecho un estudio similar en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena. Todos los resultados de este estudio informarán y educarán a los odontólogos sobre esta temática, logrando una mayor orientación, conocimiento y habilidad en cada uno de estos casos, en cuanto al diagnóstico y manejo de un paciente con enfermedad autoinmune que tenga manifestación en boca. Además, se hizo con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

5. OBJETIVOS:

a. Objetivo General

Determinar las manifestaciones orales de individuos con enfermedades sistémicas autoinmunes que visitan la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena.

b. Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de la población.
- Establecer las manifestaciones orales presentes en cada una de las enfermedades autoinmunes de forma aislada.
- Identificar las lesiones elementales presentes en la cavidad bucal de los sujetos con enfermedades autoinmunes.
- Detallar cada lesión elemental, con características como su color, ubicación, frecuencia y sintomatología.

6. MARCO TEÓRICO

Las enfermedades autoinmunes son una condición desencadenada por el sistema inmune que inicia un ataque a las células del mismo organismo debido al deterioro de la tolerancia inmunológica a las células inmunes autorreactivas. Smith y Germolec afirman que "los trastornos autoinmunes afectan aproximadamente al 3% de las poblaciones de América del Norte y Europa,> 75% de los afectados son mujeres". El número de estudios ha sugerido que el inicio de ataques contra las

auto-moléculas del cuerpo en enfermedades autoinmunes está fuertemente asociado con factores tales como la genética, las infecciones y / o el medio ambiente. Las enfermedades autoinmunes son afecciones patológicas identificadas por respuestas autoinmunes autónomas y caracterizadas por autoanticuerpos y respuestas de células T a las células del mismo organismo por reactividad del sistema inmune¹⁶.

Dermatitis o eritrodermia exfoliativa

La dermatitis exfoliativa generalizada o eritrodermia es una reacción cutánea caracterizada por enrojecimiento del 90% o más de la piel, asociado a malestar general y linfadenopatías. Esta entidad puede ser causada por muchas etiologías. De lo anterior depende su tratamiento, su evolución y su pronóstico. Las causas etiológicas más comunes son: indeterminadas (23%), psoriasis (23%), dermatitis atópica(16%), reacción cutáneas medicamentosas (15%), linfomas(11%)¹⁷.

Se divide en primaria y secundaria; la primera es menos común, suele iniciar en el tronco y se generaliza en un lapso que va de días a semanas. La secundaria habitualmente se presenta por diseminación de una dermatosis previa; sin embargo, sus características usualmente se pierden, ya que la eritrodermia las enmascara¹⁸.

16. SMITH DA, GERMOLEC DR. Introduction to immunology and autoimmunity. Environ Health Perspect. 1999; (107)661–665.

17. GARZONA L., MOREIRA F. GARZONA NAVAS LAURA. Dermatitis exfoliativa generalizada: revisión de tema. Rev. costarric. salud pública. 2006;15(29): 77-80.

18. MALDONADO-GARCÍA C, OROZCO-ANAHUATI A. [Diagnostic approach of erythroderma in the adult]. Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social. (2017, May); 55(3): 353-360.

Psoriasis

La psoriasis es una enfermedad crónica sistémica, con manifestaciones cutáneas y articulares de características inflamatorias. Sus lesiones cutáneas típicas consisten en placas eritematodescamativas bien delimitadas, localizadas en áreas de extensión. Se considera una enfermedad de base genética, sobre la que actúan distintos factores ambientales que pueden desencadenar las lesiones. El diagnóstico de la enfermedad es clínico, pudiendo apoyarse en la biopsia cutánea¹⁹.

Pénfigo Vulgar

El pénfigo vulgar es una enfermedad ampollosa crónica de origen autoinmunitario relacionada con factores genéticos y ambientales. Es secundaria a la producción de autoanticuerpos IgG contra la región amino terminal de las desmogleínas 1 y 3 que causan acantólisis y formación de ampollas. Puede afectar la piel, las mucosas y, ocasionalmente, las láminas ungueales. Se distingue por la aparición de vesículas flácidas de rotura fácil, costras y erosiones. El diagnóstico se basa en la clínica, histopatología e inmunofluorescencia directa²⁰.

19. JIMÉNEZ M., BALLESTER M., PÉREZ S., GÁRATE M. Psoriasis. 2014; 11 (47): 2764-2773.

20. CASTELLANOS ÍÑIGUEZ A, GUEVARA GUTIÉRREZ E. Pénfigo vulgar. Dermatología Revista Mexicana. (2011, Mar); 55(2): 73-83.

Lupus Eritematoso Sistémico

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmunitaria multisistémica, con gran variabilidad en su manifestación y curso. El lupus eritematoso sistémico se manifiesta con síntomas constitucionales, como fiebre, pérdida de peso, fatiga, pérdida de cabello y evidencia de inflamación difusa, como linfadenopatía y hepatoesplenomegalia. La afección en la piel, en el sistema músculoesquelético y en el renal es común, pero también puede afectar al miocardio y al aparato gastrointestinal²¹.

Se clasifica, de forma general, en tipo cutáneo cuando el paciente solo manifiesta lesiones en piel y mucosas y sistémico cuando además de la potencialidad de desarrollar lesiones en piel y mucosas también están afectados órganos o sistemas como el renal, cardiovascular y nervioso entre otros²².

El diagnóstico de lupus eritematoso sistémico se basa en la existencia de cuatro o más de los siguientes criterios: eritema malar y discoide, fotosensibilidad, úlceras orales, artritis, serositis, alteración renal, trastorno neurológico, psicosis, alteraciones hematológicas e inmunológicas y anticuerpos antinucleares.

21. JIMÉNEZ-USCANGA R, CARSOLIO-TRUJANO M, HERRERA-SÁNCHEZ D, CASTREJÓN-VÁZQUEZ M, IRAZOQUE-PALACIOS F, DEL CARMEN CHIMA-GALÁN M, ET AL. Lupus eritematoso sistémico y CD24V. Revista Alergia De Mexico [serial on the Internet]. 2015; 62(4): 265-270.

22. FILIU M, PEREIRA G, HEREDIA E, MONTOYA L, PORTUONDO A. Manifestaciones bucales del liquen plano. Medisan. (2013, Nov); 17(11): 8023-8030.

En sentido inmunológico, el lupus eritematoso sistémico se caracteriza por la producción de grandes cantidades de autoanticuerpos dirigidos contra la cromatina y otros autoantígenos resultantes de la pérdida de la tolerancia en la célula B. Son numerosos los defectos genéticos que pueden afectar a la célula B en el lupus eritematoso sistémico y que afectan su activación, longevidad y apoptosis. Entre las alteraciones descritas en la célula B están: actuar como célula precursora de autoanticuerpos, presentar los autoantígenos a la célula T o participar en la organización y regulación de la respuesta inflamatoria a través de citocinas y quimiocinas, como IL-10, IL-6, INF- γ y linfotóxina alfa²¹.

Liquen Plano

El liquen plano es una enfermedad inflamatoria y eruptiva de la piel, pruriginosa, de marcha crónica o subaguda y recurrente, la cual involucra las membranas mucosas, sobre todo la bucal, y afecta de 0,2 a 1 % de la población. Su origen es desconocido, aunque se han asociado factores como: administración de fármacos, enfermedades autoinmunitarias o neoplasias^{23,24}.

23. TORRES LV, CAMACHO FM, MIHM MC. Dermatología Práctica. 1999; 1113-9.

24. FRANCO A, JURADO F. Correlación clínico-serológica del liquen plano y el virus de la hepatitis C. Dermatol Rev Mex 2001; 45:19-28.

Lesiones elementales

Una lesión elemental se define como el signo más simple que representa una enfermedad. Son manifestaciones objetivas que evidencian procesos patológicos que afectan la mucosa. No deben ser consideradas como fenómenos locales aislados, sino como manifestaciones localizadas de enfermedades. Varias enfermedades pueden compartir una misma lesión elemental con algunas características propias en su manifestación, como número, distribución, localización, que orientan el diagnóstico. También las enfermedades pueden presentar más de una lesión elemental, lo que indica diferentes etapas evolutivas²⁵. La exploración de las lesiones elementales se realiza por inspección y palpación¹⁷.

Las manchas son áreas circunscritas de la mucosa con alteración del color, sin alteración del relieve ni textura; asientan y están rodeadas de mucosa sana²⁵.

Las úlceras son lesiones que se manifiestan por destrucción del epitelio o el corion, de tamaño y profundidad variables, sin tendencia a la cura. Son lesiones crónicas. Los factores etiológicos pueden ser muchos y deben ser estudiadas con mucho cuidado, porque algunas tienen tendencia a la malignización. Curan con cicatriz²⁵.

La ulceración es la pérdida aguda de epitelio y corion que tienen tendencia a la cura; de evolución aguda o subaguda²⁵.

25. GRINSPAN D. Enfermedades de la boca: Semiología, patología, clínica y terapéutica de la mucosa bucal. 1970;1.

Las ampollas son lesiones elevadas, con contenido líquido, mayores a 0,5cm de diámetro. Se forman por pérdida de cohesión en las células epiteliales y acúmulo de líquido en la zona. Pueden ser superficiales, medianas o profundas²⁵.

La fisura es la pérdida de continuidad del epitelio, de forma lineal. Son frecuentes, y su principal localización es la comisura labial²⁵.

Las pápulas son lesiones del epitelio y el corion, pequeñas, no sobrepasan los 0,5 cm., bien delimitadas. Su superficie puede ser puntiaguda (acuminada), redondeada, plana o deprimida (umbilicada). Se las encuentra solitarias o agrupadas, siempre rodeadas de mucosa sana. Curan sin dejar cicatriz. Son poco frecuentes en la cavidad bucal²⁵.

Las vegetaciones son asociaciones pequeñas y agrupadas, de lesiones papilares, dando la apariencia de una lesión única. En la clínica se las observa como elevaciones digitiformes (exofíticas), ásperas, bien circunscritas, de base sésil. Cuando son blancas, por la queratinización, se denominan verrugosidades²⁵.

Los nódulos son lesiones sólidas de más de 0,5cm de diámetro, que se localizan en la submucosa, por lo que son poco elevados y curan con cicatriz. Son muy poco frecuentes en boca²⁵.

Los tubérculos son lesiones del corion, pequeños, de límites bien definidos, circunscritos, elevados. Tienden a presentarse agrupados. Curan con cicatriz²⁵.

Las erosiones o exulceraciones son lesiones provocadas por la evolución de la ampolla, o de la vesícula.

Se constituyen por la pérdida parcial del epitelio, por lo general, el techo de la ampolla o la vesícula que le dio origen. Son ligeramente deprimidas. Además,

curan sin dejar cicatriz porque se mantiene por lo menos la capa basal del epitelio²⁵.

La abrasión es una erosión de los labios, provocada por procesos inflamatorios crónicos o por agentes traumáticos²⁵.

Las placas son lesiones elevadas, de contorno definido, de diámetro mayor de 0,5 cm., de superficie lisa o rugosa. Son de evolución crónica, y los cambios en el epitelio pueden ser por acantosis e hiperqueratosis. Su color habitualmente es blanco²⁵.

La seudomembrana es una formación laminar de tejido friable, amarillento o grisáceo, que recubren superficies mucosas erosionadas o ulceradas. Está constituida por la fibrina atrapada entre los restos necróticos por la coagulación del plasma²⁵.

Los tumores, son crecimientos circunscritos, de evolución crónica, con tendencia al aumento de volumen indefinidamente²⁵.

Las costras son el resultado de la desecación de la sangre y/o secreciones que cubren a erosiones o úlceras. Están en sitios expuestos al aire. En relación con la cavidad bucal, son exclusivas del labio: bermellón o piel de labio²⁵.

Las cicatrices se constituyen por tejido conjuntivo que rellena pérdidas grandes de sustancia²⁵.

Las escamas corresponden al desprendimiento parcial del epitelio, que se mantiene adherido en un pequeño sector. Es una lesión de etiología generalmente traumática, muy común en el hábito de mordisqueo. La descamación es el desprendimiento continuo de escamas²⁵.

Las máculas son el resultado de la evolución de lesiones primitivas, siempre asientan sobre mucosa con su constitución alterada²⁵.

7. METODOLOGÍA

Esta investigación es observacional, de tipo descriptivo prospectivo. Nuestra muestra fueron los individuos con enfermedades sistémicas autoinmunes que consultaban la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena.

Dentro de los criterios de inclusión se determinaron: pacientes que aceptaran bajo consentimiento hacer parte de la investigación, pacientes con enfermedades autoinmunes con diagnóstico previamente confirmado por el área de Dermatología, Medicina Interna o Reumatología, pacientes sin intervenir y pacientes que se encontraban dentro de cualquier rango de edad y de cualquier sexo.

Por otro lado, los criterios de exclusión establecidos fueron: pacientes con enfermedades autoinmunes que estuvieran intervenidos, pacientes con patologías de base que implicara inmunosupresión (VIH positivo, SIDA), pacientes con otras enfermedades sistémicas asociadas o infección, pacientes con trasplantes de órganos, dado que pueden enmascarar otros factores; pacientes con diagnóstico no confirmado y pacientes que no den su consentimiento para pertenecer a la investigación.

Luego de que estos pacientes fueron remitidos por las áreas de Dermatología, Medicina Interna y Reumatología con diagnóstico confirmado mediante estudio histopatológico e inmunohistoquímico, se realizó la historia clínica que incluía una valoración previa con un evaluador de estomatología para determinar si habían o no manifestaciones orales.

Esta investigación está regida por el capítulo I de la resolución 8430 del 4 de Octubre de 1993 que resuelve el Ministerio de Salud de Colombia, acerca de las consideraciones éticas de la investigación en seres humanos y se encuentra clasificada como de riesgo mínimo.

Se diseñó un formato para el consentimiento informado por escrito que fue leído y explicado a cada individuo, en el cual estaban consignados de forma clara los objetivos de este proyecto, así como sus riesgos, implicaciones y todos los aspectos relacionados, por respeto a su dignidad y garantizando la protección de sus derechos. Y éstos a su vez, autorizaron su participación en el estudio, así como la disposición de sus datos personales con fines netamente investigativos, consignando su firma y número de identificación al pie de página. Además, la firma de un testigo que no hacía parte de la investigación para garantizar que hubo un correcto proceder.

Como instrumentos se utilizó una historia clínica creada para la investigación, siendo esta una modificación de la historia clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena en la cual se incluyeron ítems como nombre,

edad, sexo, antecedentes médicos personales, hábitos y un cuadro para los hallazgos del examen estomatológico. Además, un examen clínico visual que se le realizó a cada sujeto mediante la utilización de las diferentes maniobras semiotécnicas. Para la identificación visual de las lesiones elementales se tuvo en cuenta la definición establecida por David Grinspan²³.

A partir del examen estomatológico se identificaron cuáles eran las lesiones elementales presentes y se hizo la correlación con la enfermedad autoinmune que presentaba el paciente. Cada lesión elemental fue descrita de acuerdo a las características clínicas de las mismas, tales como color, ubicación y sintomatología. Algunos pacientes del estudio fueron evaluados en diferentes periodos de tiempo para realizar un seguimiento y observar si se presentaban nuevas lesiones.

Cuando un mismo paciente evidenciaba más de una lesión elemental se identificada la frecuencia de cada una de ellas, y así saber cuáles eran las más comunes, independientemente de la enfermedad de base.

Las edades arrojadas se dividieron de una manera categórica, siendo la primera de 20 a 44 años, la segunda de 45 a 59 años y la tercera mayor a 59 años,

Por tratarse de variables cualitativas el análisis descriptivo consistió en frecuencia y porcentaje. Para el análisis inferencial se sometieron los datos a la prueba exacta de Fisher utilizando el programa Stata SE 12.0 y un nivel de confianza $p < 0,05$.

8. RESULTADOS

Se evaluaron 27 individuos con enfermedades sistémicas autoinmunes, que presentaban manifestaciones en boca, todos diagnosticados con su enfermedad de base, 17 de ellos con Psoriasis, 3 con Liquen Plano, 3 con pénfigo, 3 con Lupus y 1 con Eritrodermia exfoliativa secundaria. (Ver tabla 1)

Todos los individuos presentaron manifestaciones en boca, en cada uno de ellos se describió las lesiones elementales y el lugar donde se encontraban; de los 17 con Psoriasis algunos presentaban una única lesión elemental y otros presentaban múltiples lesiones (Ver tabla 2).

De los 3 pacientes con Liquen Plano, se observó que la placa fue la lesión elemental más común entre ellos (Ver tabla 3).

Los pacientes diagnosticados con Pénfigo Vulgar presentaron múltiples lesiones elementales, cada una de ellas se describió con el objetivo de saber cuáles fueron las más comunes entre los 3 pacientes (ver tabla 4).

Con Lupus Eritematosos sistémicos fueron 3 pacientes y entre ellos las lesiones elementales más comunes fue la erosión y la descamación, sin embargo se observaron otras que fueron únicas en cada paciente (Ver tabla 5).

Hubo un paciente que fue único en cuanto a su enfermedad de base, este fue diagnosticado con Eritrodermia Exfoliativa Secundaria, a nivel intraoral se evidenciaron múltiples lesiones elementales (Ver tabla 6).

A nivel general se encontró una gran variedad de lesiones, sin embargo unas con mayor frecuencia que otras. A pesar de que un mismo paciente presentaba más de una lesión elemental, se hizo un análisis para identificar la frecuencia de cada una de ellas, y así saber cuáles son las más comunes, independientemente de la enfermedad de base. (Ver tabla 7). Igualmente se hizo con la ubicación, se analizó que zona anatómica en boca fue la que mayor presentó lesiones elementales. (Ver tabla 8).

En cuanto a los datos sociodemográficos obtuvimos que de los participantes el 67% eran del sexo femenino y 33% del sexo masculino. Para las edades se encontró que en la primera categoría hubo un total de 10 individuos, en la segunda fueron 12 y en la tercera categoría 5; y en el estrato socioeconómico 20 de los participantes eran estrato dos, 5 eran estrato uno y los otros dos eran estrato 3 (ver tabla 9).

Al someter los datos a la prueba exacta de Fisher no se encontró asociación estadísticamente significativa entre las enfermedades autoinmunes y las edades se obtuvieron los siguientes valores: Psoriasis ($p=1,00$), Liquen Plano ($p=0,38$), Pénfigo ($p=0,19$) y Lupus Eritematoso Sistémico ($p=0,12$).

Del cruce de variables entre enfermedad autoinmune y sexo, se obtuvo: Psoriasis ($p=0,56$), Liquen Plano ($p=0,25$), Pénfigo ($p=0,27$) y Lupus Eritematoso Sistémico ($p=0,27$).

Para el entrecruzamiento de las lesiones elementales y las edades se encontró: Atrofia ($p=0,18$), Fisura ($p=0,39$), Placa ($p=0,35$) y Eritema ($p=0,28$). Los valores arrojados al relacionar el sexo con las lesiones fueron: Atrofia ($p=0,65$), Fisura ($p=0,68$), Placa ($p=1,00$) y Eritema ($p=0,63$).

Sin embargo, se decidió que se interpretarían los resultados a partir de la significancia clínica, escogiendo las frecuencias más relevantes de cada variable.

En el caso de la psoriasis, esta se presentó con mayor frecuencia en el segundo grupo etario (47%) y fue más común en el sexo femenino (64,7%) (ver figura 1).

Para las lesiones elementales obtuvimos que la atrofia fue la que se manifestó con mayor frecuencia en el primer (40%) y segundo grupo etario (50%) y con más regularidad en el sexo femenino (70%). Esta lesión se presentó con un mayor número de veces en la psoriasis (ver figura 2).

Tabla 1. Enfermedades sistémicas autoinmune.

Enfermedad sistémica autoinmune	Número de pacientes	de porcentaje
Psoriasis	17	63
Liquen Plano	3	11
Lupus eritematoso sistémico	3	11
Pénfigo vulgar	3	11
Esclerodermia Exfoliativa Secundaria	1	4
Total	27	100

Tabla 2. Lesiones elementales de pacientes con Psoriasis.

Lesión elemental	Número de pacientes	Porcentaje
Atrofia	4	23
Fisura	3	18
Atrofia y fisura	6	35
Atrofia y eritema	3	18
Atrofia, eritema y fisura	1	6
Total	17	100

Tabla 3. Lesiones elementales de pacientes con Liquen Plano

Lesión elemental	Número de pacientes	Porcentaje
Placa	1	33,3
Placa y eritema	1	33,3
Descamaciones, manchas y placa	1	34,4
Total	3	100

Tabla 4. Lesiones elementales de pacientes con Pénfigo vulgar

Lesión elemental	Número de pacientes	Porcentaje
placa y ulceración, atrofia, indentaciones y erosión	1	33,3
Atrofia, ampolla, costra, descamaciones y ulceraciones	1	33,3
Ampolla, úlceras, placa	1	33,4
Total	3	100

Tabla 5. Lesiones elementales de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico.

Lesión elemental	Número de pacientes	Porcentaje
Eritema , ulceraciones, placa, descamaciones, atrofia	1	33,3
Erosión	1	33,3
Atrofia, costra, erosión, descamación, pseudoplaca.	1	33,4
Total	3	100

Tabla 6. Lesiones elementales de pacientes con otras enfermedades

Enfermedad autoinmune	Lesión elemental	Número de pacientes	Porcentaje
Eritrodermia exfoliativa secundaria	atrofia, surcos, manchas y placa	1	100
	Total	1	100

Tabla 7. Frecuencia de lesiones elementales en general.

Lesión elemental	Frecuencia	Porcentaje %
Atrofia	20	35
Fisura	10	17
Placa	6	11
Eritema	5	9
Ulceración	3	5
Ulcera	1	2
Descamaciones	3	5
Erosión	1	2
Indentaciones	1	2
Surcos	1	2
Manchas	2	4

Ampolla	2	4
Costra	1	2
Total	56	100

Tabla 8. Frecuencia de ubicación de las lesiones elementales.

Ubicación	Frecuencia	Porcentaje
Lengua	22	55
Paladar	6	15
Labios	5	12
Mucosa yugal	6	15
Piso de boca	1	3
Total de lesiones	40	100

Tabla 9. Características sociodemográficas y enfermedades autoinmunes.

Características sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	18	67
Masculino	9	33
Edad		
20 – 44 años	10	37
45 – 59 años	12	44
>59 años	5	18
Estrato		
1	5	18
2	20	74
3	2	8

9. DISCUSIÓN

Gupta y Jawanda en una revisión de la literatura encontraron que entre las manifestaciones en cavidad oral más comunes del liquen plano se encuentran placa blanca, pápulas grises, aterciopeladas, parecidas a hilos en una disposición lineal, anular y retiforme que forman parches reticulares y la ubicación donde más se presentan estas lesiones son la mucosa bucal, lengua, labios, encía, piso de la boca y paladar²⁶, situación que coincide con la presente investigación donde se observaron y describieron como principales lesiones placa blanca y manchas blancas, acompañado de zonas eritematosas a nivel posterior de mucosa yugal y descamaciones con manchas negras a nivel de semimucosa labial.

Filiu, Pereira y otros autores reportaron 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%)²¹, 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 penfigoide 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%.

26. GUPTA S, JAWANDA M. Oral Lichen Planus: An Update on Etiology, Pathogenesis, Clinical Presentation, Diagnosis and Management. Indian Journal Of Dermatology. (2015, May); 60(3): 222-229.

El sitio de mayor presentación fue la mucosa bucal, seguida de la encía queratinizada, mucosa labial, paladar blando y lengua²⁷, pero un gran porcentaje de los pacientes incluidos en el estudio ya estaban recibiendo terapéutica con corticoides al momento de ser evaluados, mientras que en esta investigación solo se incluyeron pacientes no intervenidos y la lesión con mayor frecuencia fue la placa (66,7%). La localización de mayor presentación también fue mucosa yugal, además de lengua.

Fatahzadeh y Schwartz hicieron un estudio en el cual encontraron que la lengua fisurada y lengua geográfica eran las manifestaciones más frecuentes en los pacientes con psoriasis, coincidiendo con los resultados obtenidos en los pacientes que pertenecieron al presente estudio²⁸.

Germi, en el 2012 realizó un estudio controlado y observacional, en el cual los datos obtenidos sugirieron que la lengua geográfica es una manifestación oral de la psoriasis (tipo de placa). El estudio mostró que de 535 pacientes con psoriasis el 35.1% tenían lesiones bucales, la lengua geográfica contribuía con el 5.2%²⁹. Aunque esta lesión no es específica de la psoriasis, debido a su alta tasa de incidencia requiere más atención en la investigación moderna.

27. SULTAN A, VILLA A, SAAVEDRA A, TREISTER N, WOO S. Oral mucous membrane pemphigoid and pemphigus vulgaris-a retrospective two-center cohort study. *Oral Diseases*. (2017, May); 23(4): 498-504.

28. FATAHZADEH M, SCHWARTZ R. Oral Psoriasis: An Overlooked Enigma. *Dermatology*. 2016 Jun 1;232(3):319-325.

29. GERMI L, DE GIROGI V, BERGAMO F, ET AL. Psoriasis and oral lesions: multicentric study of Oral Mucosa Diseases Italian Group (GIPMO). *Dermatol Online J* 2012;18(1):11.

En esta investigación también encontramos que la lengua fisurada y la lengua geográfica son las lesiones más comunes o frecuentes en los pacientes diagnosticados con esta enfermedad.

López, Moret y otros autores encontraron en una revisión de la literatura que las diferentes formas clínicas del Lupus Eritematoso Sistémico parecieran tener predilección por zonas anatómicas, así por ejemplo las placas descamativas se desarrollan regularmente en la semimucosa labial, las lesiones discoides o erosiones asociadas a ulceración en los carrillos y las máculas o placas eritematosas asociadas o no a ulceración o erosión en el paladar duro³⁰, que se ajusta a los hallazgos reportados de los pacientes con Lupus que hicieron parte de esta investigación.

10. CONCLUSIONES

Las enfermedades autoinmunes pueden debutar con manifestaciones orales, por tanto, como profesionales podemos diagnosticar, prevenir e instaurar un tratamiento interceptivo, evitando la diseminación sistémica y garantizando un manejo interdisciplinario e integral del paciente en conjunto con las áreas de Dermatología, Reumatología y Medicina Interna.

30. LÓPEZ-LABADY J, MORET Y, VILLARROEL DORREGO M, MATA DE HENNING M. Manifestaciones bucales del Lupus Eritematoso: Revisión de la literatura. Acta Odontol Venez [Internet]. 2007];45(2).

Todas las enfermedades estudiadas presentaron manifestaciones orales y algunas de estas se evidenciaron inicialmente a nivel de mucosa intraoral y luego en piel o en otros sistemas.

Se observó que el sexo femenino tuvo el doble de la frecuencia encontrada en el sexo masculino, mientras que el estrato socioeconómico que se presentó con mayor frecuencia fue el 2.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Morín O. *Manifestaciones bucales y conocimiento sobre cuidados orales en pacientes con lupus eritematoso sistémico. Estomatología. 2016;3:49-57.*
2. Wesley J. *Oral manifestations of systemic Lupus Erythematosus: A case report. International. Journal of Dental Clinics. 2014;6(2):35-36.*
3. Cobos, M. *Estudio de los rasgos diferenciales entre el liquen plano oral y las lesiones liquenoides orales en base a los resultados clínicos e histopatológicos. 2009;1:6-17.*
4. Pons A. *Evaluación clínico patológica y biomarcadores de estrés oxidativo en pacientes con liquen plano oral. 2014;14.*
5. Millán M., Bagán J. *El pénfigo vulgar en la cavidad oral. Gaceta dental. 2014;39(1):158-161.*
6. Blanco A., Otero E., Peñamaría M., Diniz M. *Diagnóstico del liquen plano oral. Avances en odontoestomatología. 2008;24(1).*
7. Jadue N, González A. *Inmunopatogenia de las enfermedades autoinmunes. Rev. Med.Clin.Condes. 2012;23(4):464-472.*
8. Gallego C., Vélez L. *Un acercamiento al Pénfigo desde la odontología. Rev. CES odontología. 2013;26(2).*
9. Mustafa M. *Oral mucosal manifestations of autoimmune skin diseases. Autoimmunity reviews. 2015;14:930-951.*

10. Tarquinio K., Vieira B., Noro G., Magdalena G. *The treatment of oral lesions in Behcet's Syndrome: Case report. Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial.* 2016;38(2):101-104.
11. Rhodus N., Johnson D. *The prevalence of oral manifestations of systemic lupus erythematosus. Quintessence International.* 1990;21(6):461-5.
12. Ata F. *Pemphigus vulgaris and mucous membrane pemphigoid update on etiopathogenesis, oral manifestations and management. Journal of Clinical and Experimental Dentistry.* 2011;3(3):246-250.
13. Mays J. *Oral manifestations of systemic autoimmune and inflammatory diseases diagnosis and clinical management. Periodontal and implant treatment.* 2012;12:265-279.
14. Loschiavo E. *Clinicopathological analysis of oral mucous autoimmune disease: a 27-year study. Med Oral.* 2006;13(2):94-7.
15. Villar E., Casado L., Cerero R. *Eritema multiforme: una posibilidad diagnóstica a considerar ante lesiones agudas de la mucosa oral.* 2010; 7(1):69-77.
16. Smith DA, Germolec DR. *Introduction to immunology and autoimmunity. Environ Health Perspect.* 1999; (107)661–665.
17. Garzona L., Moreira F. Garzona Navas Laura, Moreira Hidalgo Federico. *Dermatitis exfoliativa generalizada: revisión de tema. Rev. costarric. salud pública.* 2006;15(29): 77-80.

18. Maldonado-García C, Orozco-Anahuati A. [Diagnostic approach of erythroderma in the adult]. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*. (2017, May); 55(3): 353-360.
19. Jiménez M., Ballester M., Pérez S., Gárate M. Psoriasis. 2014; 11 (47): 2764-2773.
20. Castellanos Íñiguez A, Guevara Gutiérrez E. Pénfigo vulgar. *Dermatología Revista Mexicana*. (2011, Mar); 55(2): 73-83.
21. Jiménez-Uscanga R, Carsolio-Trujano M, Herrera-Sánchez D, Castrejón-Vázquez M, Irazoque-Palacios F, del Carmen Chima-Galán M, et al. Lupus eritematoso sistémico y CD24V. *Revista Alergia De Mexico [serial on the Internet]*. 2015; 62(4): 265-270.
22. Filiu M, Pereira G, Heredia E, Montoya L, Portuondo A. Manifestaciones bucales del liquen plano. *Medisan*. (2013, Nov); 17(11): 8023-8030.
23. Torres LV, Camacho FM, Mihm MC. *Dermatología Práctica*. 1999; 1113-9.
24. Franco A, Jurado F. Correlación clínico-serológica del liquen plano y el virus de la hepatitis C. *Dermatol Rev Mex* 2001; 45:19-28.
25. Grinspan D. *Enfermedades de la boca: Semiología, patología, clínica y terapéutica de la mucosa bucal*. 1970;1.
26. Gupta S, Jawanda M. Oral Lichen Planus: An Update on Etiology, Pathogenesis, Clinical Presentation, Diagnosis and Management. *Indian Journal Of Dermatology*. (2015, May); 60(3): 222-229.

27. Sultan A, Villa A, Saavedra A, Treister N, Woo S. *Oral mucous membrane pemphigoid and pemphigus vulgaris-a retrospective two-center cohort study. Oral Diseases. (2017, May); 23(4): 498-504.*
28. Fatahzadeh M, Schwartz R. *Oral Psoriasis: An Overlooked Enigma. Dermatology. 2016 Jun 1;232(3):319-325.*
29. Germi L, De Girogi V, Bergamo F, et al. *Psoriasis and oral lesions: multicentric study of Oral Mucosa Diseases Italian Group (GIPMO). Dermatol Online J 2012;18(1):11.*
30. López-Labady J, Moret Y, Villarroel Dorrego M, Mata de Henning M. *Manifestaciones bucales del Lupus Eritematoso: Revisión de la literatura. Acta Odontol Venez [Internet]. 2007;45(2).*

ANEXO A



Figura 1. Paciente con pénfigo



Figura 2. Paciente con Liquen plano



Figura 3. Paciente con Liquen plano



Figura 4. Paciente con Lupus Eritematoso



Figura 5. Paciente con Psoriasis



Figura 6. Paciente con Lupus Eritematoso

ANEXO B

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**



Yo, _____ identificado como aparece al pie de mi firma, autorizo al equipo de docentes y estudiantes de la facultad de odontología de la Universidad de Cartagena a que haga uso de los datos recopilados en mi historia clínica. La facultad de odontología por medio de su equipo de docentes y estudiantes me ha explicado de forma clara y específica que estos serán usados exclusivamente con fines investigativos y ha resuelto todas mis dudas al respecto, garantizando que estos serán manejados de forma confidencial y que mis datos serán protegidos. Entiendo la razón por la que he sido invitado a participar en el estudio “Diagnóstico de manifestaciones orales de enfermedades autoinmunes en una institución hospitalaria de la ciudad de Cartagena de Indias/ Colombia” y sus implicaciones, por lo tanto acepto que mis datos personales y clínicos sean utilizados para este fin.

Firma del participante

Testigo

Identificación

Identificación

Índice derecho

Índice derecho

ANEXO C

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



FORMATO DE ALMACENAMIENTO DE DATOS

Nombre:

Identificación:

Edad:

Dirección:

Teléfono:

Ocupación:

Marque con una X la casilla correspondiente:

Sexo	
Masculino	Femenino
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estado civil				
Soltero (a)	Casado (a)	Viudo (a)	Unión libre	Separado (a)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datos básicos	Si	No	No sabe
Tratamiento médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingestión de medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Reacciones alérgicas			
Anestesia			
Antibióticos			
Hemorragia			
Irradiaciones			
Sinusitis			
Enfermedades respiratorias			
Cardiopatías			
Diabetes			
Fiebre reumática			
Hipertensión			
Hepatitis			
Embarazo			
Enfermedades Renales			
Enfermedades Gastrointestinales			
Órganos de los sentidos			
Enfermedades autoinmunes			
Otro			

En caso de “otro” especifique cual enfermedad:

En caso de marcar “si” en enfermedades autoinmunes, especifique cual:

En caso de marcar “si” en ingestión de medicamentos especifique cual:

En caso de marcar “si” en reacciones alérgicas especifique a qué:

Tiene algún hábito o vicio como:

Onicofagia (se muerde las uñas)	Queilofagia (se muerde los labios)	Consume alcohol	Fuma	Consume algún tipo de sustancias alucinógenas	Otro

En caso de "otro" diga cual:

Examen estomatológico

Hallazgos clínicos	Tipo de lesión	Color	Forma	Extensión	Sintomatología	Tiempo de evolución
Semimucosa labial						
Mucosa labial						
Mucosa yugal						
Paladar duro						
Paladar blando						
Orofaringe						
Lengua						
Tablas mandibulares						
Encía						

Observaciones:
