

Evolución del estudio de las manifestaciones bucomaxilofaciales del lupus eritematoso sistémico

Evolution of the study of bucomaxilofacial manifestations of Systemic Lupus
Erythematosus

Otto Alemán Miranda^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-8275-0259>

Denia Morales Navarro² <https://orcid.org/0000-0001-6066-7235>

José Jardón Caballero¹ <https://orcid.org/0000-0002-9139-7503>

Yamila Domínguez Rodríguez³ <https://orcid.org/0000-0003-3232-6972>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, Hospital Provincial Saturnino Lora Torres. Santiago de Cuba, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Hospital Universitario General Calixto García. La Habana, Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, Clínica Estomatológica del MININT. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia: oaleman@infomed.sld.cu

RESUMEN

El lupus eritematoso sistémico provoca manifestaciones bucomaxilofaciales. Debido a su variabilidad, se torna complejo para el odontólogo evaluar a los pacientes que lo padecen, además de la escasa evidencia científica en cuanto al manejo en la cavidad bucal, que hacen difícil su identificación y diagnóstico. El propósito de la presente investigación es caracterizar la evolución histórica del estudio de las lesiones bucomaxilofaciales del lupus eritematoso sistémico, mediante una exhaustiva revisión bibliográfica y el empleo de descriptores en inglés y español. Esta enfermedad tiene consecuencias en la cavidad bucal, pero las lesiones pueden presentarse asintomáticas, por lo que el diagnóstico depende de identificar las lesiones. El estudio de las manifestaciones bucomaxilofaciales en esta

enfermedad ha venido evolucionando lentamente con el transcurso del tiempo, pero aún no es suficiente, a pesar de los adelantos de la ciencia y la técnica.

Palabras clave: lupus eritematoso sistémico; manifestaciones bucomaxilofaciales; enfermedades reumáticas.

ABSTRACT

Systemic Lupus Erythematosus in its development causes bucomaxilofacial manifestations. Given its variability, it becomes complex for the dentist when evaluating patients who suffer from it, due to the poor synthesis of evidence, based on its management in the oral cavity, from its identification and diagnosis. This led to the realization of this research, with the purpose of characterizing the historical evolution of the study process on bucomaxilofacial lesions, through an exhaustive literature review using different descriptors in English and Spanish. As a result, it was observed that this disease has consequences in the oral cavity, the lesions may appear asymptomatic and their presence is decisive for the diagnosis. Concluding that the study of bucomaxilofacial manifestations in Systemic Lupus Erythematosus has been evolving over time, but it is still not enough, and even more so with the advances in science and technology.

Keywords: systemic lupus erythematosus; bucomaxilofacial manifestations; collagenopathy.

Recibido: 23/03/2020

Aprobado: 18/06/2020

Introducción

El lupus eritematoso sistémico (LES) se ha convertido en una enfermedad despiadada, que va afectando poco a poco la ideal homeostasis del organismo, o sea, el estado general de los pacientes. Esta enfermedad causa dolor, deformidades y gravedad, e impide continuar la vida normalmente, por lo que tarde o temprano la psiquis de los pacientes se afecta.

El LES se define como una enfermedad multisistémica y episódica caracterizada por la alteración del ADN de los anticuerpos, lo que ocasiona que estos se dirijan contra las células del huésped. Puede presentarse con afectación del complejo estomatognático.^(1,2,3)

Según *Solis Carta*, la asociación entre afecciones bucales y los trastornos sistémicos no es un concepto nuevo, se puede decir que es tan antiguo como la propia historia de la Medicina.⁽⁴⁾ Fue planteado por primera vez por los sirios en el siglo VII a.C. Las manifestaciones bucales fueron descritas inicialmente por *Basic* en 1861.

Pedro Farreras plantea en su libro que *Kaposi* en 1872, *Libman* y *Sacks* en 1924, advirtieron que existía una fuerte concomitancia de las lesiones cutáneas y las sistémicas.⁽⁵⁾ En 1931, *Monas* describe lesiones bucales en la mitad de 22 pacientes estudiados con LES. Las localizaciones más comunes fueron la mucosa bucal, los labios y el paladar.⁽⁵⁾

El lupus eritematoso presenta una amplia variabilidad en las lesiones, y según sus características clínicas se puede clasificar en dos grupos: el *lupus eritematoso cutáneo* (LEC), que se subdivide en lupus eritematoso cutáneo crónico (LECC) y lupus eritematoso cutáneo agudo (LECA); y el *lupus eritematoso sistémico* (LES), el cual no debe ser confundido con el anterior, ya que su sintomatología es diferente. Esta revisión se basa en este último, debido a su implicación bucal, por lo que tiene mayor interés estomatológico.^(6,7)

Las manifestaciones bucales pueden ser el primer indicio de la enfermedad. Las zonas más afectadas son la mucosa bucal, el paladar duro y el borde del bermellón. En ciertos casos, el LES se asocia con una disminución en el flujo de saliva, lo que resulta en xerostomía. Sin embargo, la disminución de la tasa de flujo salival puede ser causada por varios factores, entre ellos una disfunción en las glándulas salivales, enfermedades sistémicas, la edad u otras enfermedades autoinmunes.^(8,9)

Es imprescindible que los profesionales de la salud, principalmente en la rama de la Estomatología, profundicen sobre la presente temática para que puedan realizar sus labores asistenciales y de proyección en la comunidad de forma más eficiente. Para el odontólogo es complejo evaluar a los pacientes con LES, debido a la complejidad y variabilidad de la enfermedad y sus repercusiones y posibles consecuencias. Además, hay escasa evidencia científica sobre el LES en cuanto al manejo en la cavidad bucal, la identificación de las lesiones y su diagnóstico.

Todo ello motivó la realización de la presente investigación, cuyo propósito es caracterizar la evolución histórica del proceso de estudio de las lesiones bucomaxilofaciales del LES.

Métodos

La información fue recopilada a través de una búsqueda en Medical Subject Headings (MeSH) utilizando los descriptores en idioma inglés: “oral manifestations”, “systematic lupus erythematosus” (“systematic lupus erythematosus” AND “oral manifestations”).

Para la búsqueda en idioma español, se emplearon los descriptores en Ciencias de la Salud (DeSC): “manifestaciones bucales”, “lupus eritematoso sistémico” (“manifestaciones bucales” AND “lupus eritematoso sistémico”). Adicionalmente, se utilizaron las palabras clave siguientes: lupus eritematoso sistémico, manifestaciones bucomaxilofaciales y colagenopatía. Se realizó la búsqueda electrónica mediante la base de datos en salud Medline a través de Pubmed, la biblioteca electrónica SciELO y los buscadores académicos como Google académico. No hubo límites temporales ni lingüísticos para la búsqueda y se amplió el número de estudios mediante la identificación de artículos citados en algunas referencias.

La estrategia de análisis consistió en la búsqueda basada únicamente en el lupus eritematoso sistémico, debido a que este tipo tiene una mayor incidencia en la mucosa bucal. Por tal motivo, se excluyeron los estudios que contenían temas no pertinentes o los que no estuvieran disponibles en la red.

Desarrollo

El estudio de las manifestaciones bucomaxilofaciales en el LES ha venido evolucionando con el decursar del tiempo y más aún con los adelantos de la ciencia y la técnica.

El estado de la salud bucal proporciona evidencias sobre el comportamiento sistémico del paciente. Los tejidos bucales están en un contacto físico directo con el cuerpo, y se relacionan a través de la sangre, el sistema linfático y el nervioso. Influencias sistémicas, inmunológicas y psicológicas están en equilibrio con la salud bucal y el estado general del individuo, por lo que manifestaciones bucales pueden aparecer como primeras señales de un trastorno sistémico.

En los últimos años, han surgido numerosos informes basados en estudios epidemiológicos, en los que las infecciones bucodentales se asocian con enfermedades sistémicas, entre ellas alteraciones cerebrovasculares, respiratorias, diabetes mellitus y enfermedades reumáticas, debido a los lipopolisacáridos (LPS), las bacterias

gramnegativas viables del biofilm y citoquinas proinflamatorias que pueden ingresar al torrente sanguíneo e influir en la salud general y susceptibilidad a ciertas enfermedades.

La cavidad bucal tiene diversas funciones, con una interacción y equilibrio entre todas las estructuras que la conforman. La mucosa bucal presenta características morfofisiológicas diferentes, según su localización. Las glándulas salivales y los dientes, cuando se alteran, ocasionan modificaciones en las funciones. Así, el diagnóstico de un grupo de trastornos orgánicos se encuentra íntimamente asociado con manifestaciones bucales.

Estas enfermedades en no pocas ocasiones se presentan con manifestaciones bucomaxilofaciales, propias de la enfermedad de base, o por recibir tratamientos inmunosupresores que predisponen a numerosas alteraciones en la cavidad bucal debido a la agresión de microorganismos oportunistas. Estas manifestaciones tienen varias similitudes entre los individuos afectados, pero también algunas diferencias en cuanto a edad, sexo, color de la piel, entre otros.

Las alteraciones de la cavidad pueden venir acompañadas de dolor, inflamación, sangrado, impotencia funcional, cambios de coloración, inflamación gingival, movilidad dentaria, enfermedades virales, hongos, etc. Sus diferentes estructuras, labios, dientes, lengua, encías y mucosa bucal pueden afectarse en el curso clínico de las enfermedades reumáticas autoinmunes. Estas enfermedades pueden comprometer en forma directa o indirecta dichas estructuras.

El primer estudio formal reportado sobre la relación entre disfunción de la articulación temporomandibular (ATM) y colagenosis fue realizado por Cadenat y Blanc en 1958.^(8,9,10) En 1963, otros investigadores tenían en cuenta en el diagnóstico del LES, varias manifestaciones cutáneas en la región facial y algunas en la cavidad bucal, pero al no tener un consenso establecido de las principales lesiones bucomaxilofaciales, el estudio final lo llevaban a cabo fundamentalmente por el examen histopatológico.⁽¹¹⁾

En 1966, *Farreras* describió que las colagenosis podían presentarse con lesiones eritematosas en la piel de la cara, gingivitis y artralgiás, pero no las consideró como presuntivas de dichas enfermedades.⁽⁵⁾

En el libro *Normas de Medicina Interna*, compendio práctico de patología médica, publicado en 1970, plantean que la palpación dolorosa de la ATM influía grandemente en el diagnóstico de las enfermedades del colágeno.⁽¹¹⁾ Aunque los autores antes mencionados hicieron énfasis en los factores sistémicos, sin profundizar en los locales de la región bucomaxilofacial.

Paul B. Beeson, en el *Tratado de Medicina Interna de Cecil-Loeb*, de 1972, escribió en el capítulo de enfermedades de las articulaciones, que hay que prestar atención en el examen físico a las articulaciones pequeñas, sobre todo en las falángicas, pero no menciona a la articulación temporomandibular.⁽¹²⁾

Reinaldo Roca Goderich, en su libro *Temas de Medicina Interna*, tomo 3, de 1977, expresó en el capítulo de enfermedades del colágeno que la artritis reumatoide se presenta con lesiones extraarticulares e intraarticulares, y dentro de los criterios diagnósticos integra a las lesiones inflamatorias articulares, donde se infiere que la ATM esté incluida.⁽¹³⁾ En el LES elabora un esquema para su diagnóstico, basado en signos mayores y menores; en los primeros se encuentran las manifestaciones articulares y lesiones cutáneas típicas.

Urman, en 1978, defendió el criterio de que las úlceras son presuntivas de colagenosis. En la tercera edición de su libro en 1985, el profesor *Roca* no cambió sus criterios. *Wallace* en 1991 apoya lo expresado por *Urman*.⁽¹³⁾

Matarama Peñate, en su libro *Medicina Interna. Diagnóstico y tratamiento* del 2006, abarca una sintomatología más extensa donde incluye la afección de la ATM, en el 70 % de los casos. Para el LES, menciona las alteraciones cutáneo-mucosas en el 85 % de los pacientes afectados, y las clasifica en específicas o patognomónicas, las cuales son el eritema en alas de mariposa en la piel, en la orofaringe, eritema en las mucosas, úlceras dolorosas y erosiones que pueden ser signo precoz de la enfermedad.⁽¹⁴⁾

En el *Manual SER de enfermedades reumáticas* del 2008 tuvieron en cuenta para el diagnóstico de las colagenosis, los mismos aspectos que plantea *Matarama*,⁽¹⁴⁾ incluyendo las adenopatías cervicales.⁽¹⁵⁾

Vicente Peña, en su libro *Diagnóstico y tratamiento en medicina interna* del 2012, coincide con el autor anterior, ya que presenta los criterios para la clasificación y diagnóstico del LES y de los once criterios incluye a las úlceras bucales y orofaríngeas, así como al eritema malar y discoide.⁽¹⁶⁾

En el *Manual SER de enfermedades reumáticas* del 2014, en su sexta edición, no difiere de lo planteado por su antecesora.⁽¹⁷⁾

Solis Carta, en el 2014, expresó que las manifestaciones bucales constituyen criterios diagnósticos de las enfermedades reumáticas; las úlceras bucales, la xerostomía, la gingivitis y la afectación de la articulación temporomandibular son las de mayor incidencia.⁽⁴⁾

Alba Feriz, en su libro *Enfermedades inflamatorias reumatológicas*. PANLAR del 2016, profundizó más que los investigadores anteriores, pero no abordó las diversas manifestaciones bucomaxilofaciales.⁽¹⁸⁾

Según algunos autores, las colagenopatías, y dentro de estas el LES, podrían influir con la progresión de las enfermedades bucofaciales, y viceversa.^(19,20,21)

Según *Villa Blanco* y *Anselm* los estudios existentes que evalúan esta relación son escasos. La hipótesis de un posible vínculo entre LES y enfermedades bucofaciales, en específico la periodontal, en cuanto a su actividad, debe ser investigada para una mejor comprensión de los procesos patogénicos similares.^(22,23)

Entre los signos descritos más frecuentes se destacan: ulceraciones bucales, xerostomía, procesos cariosos y lesiones mucosas con características peculiares y aun se citan la microstomía, reabsorción alveolar y edema glandular.⁽²⁴⁾

Entre los tratamientos que se usan para lograr el control de dicha afección se encuentran de manera significativa el uso de esteroides, a diferentes dosis según la gravedad y la toma articular y sistémica del paciente, así como medicamentos modificadores de la enfermedad o inmunosupresores, y más recientemente el uso de medicamentos biológicos, los que contribuyen aún más al estado de inmunosupresión, y aumentan el riesgo de colonización y propagación de gérmenes oportunistas. Una serie de signos, síntomas y trastornos dermatológicos pueden ser invaluableles como marcadores de enfermedad sistémica. La falta de reconocimiento de estos puede resultar en un retraso en el diagnóstico y tratamiento, y, por tanto, permitir la progresión de una enfermedad grave o mortal.^(25,26,27)

Rubim expresó que las úlceras bucales similares a las aftas son comunes, pero con la diferencia de ser, por lo general, indoloras.⁽²⁸⁾ Además, las úlceras palatinas no dolorosas son las que están contempladas entre los criterios diagnósticos de lupus de 1997 del American College of Rheumatology.

Según *Jimson*, una vez que se encuentra formada la úlcera se enfrentará a una continua irritación, debido a la actividad de la saliva y a la microflora bucal, lo que permite que la lesión se cronifique, y ocasione en el paciente dolor, malestar y trastornos hematológicos, entre otros síntomas.⁽²⁹⁾

En general, estas enfermedades no aumentan la mortalidad a corto plazo y por ello no se toman en cuenta en las prioridades de salud y educación. Sin embargo, se reconoce cada vez más su influencia en el deterioro de la calidad de vida.^(30,31)

Los fármacos utilizados como los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), glucocorticoides, drogas modificadoras de enfermedad e inmunosupresores, como parte de

sus efectos adversos producen ulceraciones, gingivitis, estomatitis, hemorragia gingival, hipertrofia gingival, sobre las que frecuentemente se agregan infecciones por agentes oportunistas como la *Candida albicans*. Otras manifestaciones frecuentes y no menos importantes son la gingivitis y glositis.^(32,33,34)

Thayane expresó que las manifestaciones bucales se han notificado en un 20 a 45 % de los pacientes con LES, con un aumento de las lesiones durante las fases activas de la enfermedad.⁽³⁵⁾ Los sitios predominantes de las lesiones son la mucosa bucal, labial y las encías. Dicha autora plantea que la presencia y la variedad de manifestaciones bucales en pacientes con enfermedades reumáticas se observan claramente en la literatura. Algunas de estas manifestaciones repercuten en la vida de los portadores de esta enfermedad.

Así pues, *Perchyonok*⁽³⁶⁾ y *Cabo*⁽³⁷⁾ insisten en las alteraciones de la ATM, en las enfermedades reumatológicas. Plantean, además, que la afectación de la piel en los pacientes con LES es la segunda manifestación en frecuencia. Sin olvidar las máculas eritematosas extensas que pueden o no estar acompañadas de áreas ulcerativas o erosionadas y en un mismo paciente podríamos encontrar expresión de todas ellas o combinaciones.

Sianu, además, explica el riesgo de alteración cardiovascular en los pacientes con LES, que presenten periodontopatías.⁽³⁸⁾ Mientras otros autores hacen hincapié en el peligro en las embarazadas.⁽³⁹⁾

Nosotros coincidimos con algunos investigadores que proponen que el tratamiento debe ser multidisciplinario, ya sea en niños o adultos.^(40,41) No es infrecuente que la enfermedad aparezca o rebrote tras una exposición solar prolongada. En el lupus la afectación de la piel frecuentemente puede ser la expresión inicial de la enfermedad. Por lo que, si el paciente presenta otras molestias o dolores en otra parte de cuerpo, y el estomatólogo lo detecta durante la anamnesis y el examen físico, solicitará pruebas para descartar un LES y valorará la necesidad de seguimiento por otros especialistas.

Esta enfermedad puede traer consigo diversos trastornos metabólicos que van a influir también en la salud bucal, así como las manifestaciones mucocutáneas pueden afectar el estado sistémico de los individuos, y todo esto añadido a la acción negativa de los fármacos prescritos a los enfermos.^(42,43,44)

La mucosa bucal es uno de los tejidos que frecuentemente son afectados por reacciones medicamentosas, de hecho, un número elevado de los pacientes ambulatorios ingieren algún medicamento que en ciertas ocasiones puede convertirse en la causa de la lesión bucal, y ejercer un determinado efecto en relación con el tratamiento dental el cual puede

complicar la terapia en sí. Es de vital importancia una constante comunicación con el médico tratante para lograr un mejor desarrollo del tratamiento, ya que es necesaria la eliminación de cualquier foco infeccioso en la cavidad bucal. De lo contrario, se estaría suprimiendo el tratamiento inmunodepresor y creando predisposición a infecciones secundarias.^(45,46)

Generalmente el paciente que acude a la consulta odontológica conoce su diagnóstico y algunas de las limitaciones que le produce su padecimiento. Sin embargo, es el odontólogo quien debe establecer los parámetros para su atención. En primer lugar, la elaboración de una adecuada historia clínica es fundamental para brindarle a este tipo de pacientes un excelente tratamiento que puede solucionar sus necesidades, considerando los riesgos potenciales durante la intervención y las medidas preventivas que sean necesarias para que resulte favorable. A causa de que las primeras manifestaciones de esta enfermedad son en muchas ocasiones en la cavidad bucal, en donde se observa comúnmente una hiperpigmentación de la mucosa bucal, lo que sirve de alerta ante una insuficiencia renal, una de las consecuencias que puede generar este tipo de enfermedad. Por ello, se debe insistir en el refuerzo de una buena higiene bucal y en la vigilancia continua para cualquier signo de alteración en la cavidad bucal.⁽⁴⁶⁾

Conclusiones

Se caracterizó la evolución histórica del proceso de estudio sobre las lesiones bucomaxilofaciales del lupus eritematoso sistémico. Las lesiones pueden presentarse asintomáticas y el diagnóstico se establece mediante su presencia. El estudio de las manifestaciones bucomaxilofaciales en esta enfermedad ha venido evolucionando lentamente con el transcurso del tiempo, pero aún no es suficiente, a pesar de los adelantos de la ciencia y la técnica.

Referencias bibliográficas

1. Alemán Miranda O. Repercusión del lupus eritematoso sistémico en la cavidad bucal. MEDISAN. 2018 Oct [Acceso 20/07/2020];22(8):770-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000800770&lng=pt

2. Bethencourt JJ. Lupus eritematoso sistémico. *Protoc Diagn Ter Pediatr.* 2014 [Acceso 20/07/2020];1:71-7. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/08_lupus_eritematoso_sistemico.pdf
3. Acosta Colmán I, Avila MG, Acosta E, Aquino A, Centurión O, Duarte M. Manifestaciones clínicas y laboratoriales en el Lupus Eritematoso Sistémico-LES. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud.* 2016 Oct [Acceso 20/07/2020];14(1):1-8. Disponible en: <https://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/view/780>
4. Solís Cartas U, García González V. Relación entre afecciones bucales y enfermedades reumáticas. *Rev Cubana Reumatol.* 2014 [Acceso 20/01/2019];16(3):322-8. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcur/v16n3/rcur08314.pdf>
5. Farreras Valenti P. Enfermedades del colágeno. En: *Medicina Interna, Compendio práctico de patología médica.* 6.a ed. La Habana: Editorial Habana; 1966. p. 1046.
6. Escalante R, Jaimes O, Ramírez J, Rangel C, Yáñez M. Manejo odontológico del paciente con lupus eritematoso sistémico: Una revisión sistemática. *Rev Venezolana Investigación Odontológica.* 2017 [Acceso 07/02/2019];5(1). Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/rvio/article/view/7973/7921>
7. Alemán Miranda O, Aput Noya A, Domínguez Rodríguez Y, Jardón Caballero J, Nápoles Pastoriza DD. Manifestaciones maxilofaciales en pacientes con artritis reumatoide. *MEDISAN.* 2019 [Acceso 20/07/2020];23(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/2343>
8. Alemán Miranda O, Domínguez Rodríguez Y, Jardón Caballero J. Esclerodermia y su repercusión en la cavidad bucal. *Archivos del Hospital Universitario General Calixto García.* 2018 [Acceso 20/07/2020];5(2):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/235>
9. Almeida Leite C, Francis Galera M, Martínez Espinosa M, Teles de Lima PR, Fernandes V, Henrique Borges A, et al. Prevalence of hyposalivation in patients with systemic lupus erythematosus in a Brazilian subpopulation. *Internat J Rheumatol.* 2015 [Acceso 12/11/2019];15(20):100-3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4305611/pdf/IJR2015-730285.pdf>
10. Sodhi A, Naik S, Pai A, Anuradha A. Rheumatoid arthritis affecting temporomandibular joint. *Contemp Clin Dent.* 2015 [Acceso 23/11/2019];6(1):124-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4319332/>

11. Colectivo de autores. Enfermedades del sistema osteomioarticular. En: Normas de Medicina Interna, Compendio práctico de patología médica. La Habana: Editorial Instituto Cubano del Libro; 1970. p. 325.
12. Beeson PB. Enfermedades de las articulaciones. En: Tratado de medicina interna de Cecil-Loeb. T. 2. 13.a ed. Editorial Interamericana; 1972. p. 1968.
13. Roca Goderich R. Enfermedades del colágeno. En: Temas de Medicina Interna. T. 3. La Habana: Editorial Instituto Cubano del Libro; 1977. p. 127.
14. Matarama Peñate M. Enfermedades del sistema osteomioarticular. En: Medicina interna. Diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 507.
15. Sociedad Española de Reumatología. Concepto y clasificación de las enfermedades reumáticas. En: Manual SER de enfermedades reumáticas. Sociedad española de Reumatología. 5.a ed. Barcelona: Editorial Elsevier; 2008. p. 180.
16. Vicente Peña E. Enfermedades del sistema osteomioarticular. En: Diagnóstico y tratamiento en medicina interna. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012. p. 529.
17. Sociedad Española de Reumatología. Concepto y clasificación de las enfermedades reumáticas. En: Manual SER de enfermedades reumáticas. Sociedad española de Reumatología. 6.a ed. Barcelona: Editorial Elsevier; 2014. p. 180.
18. Feriz Alba, R. Artritis reumatoide. En: Enfermedades inflamatorias reumatológicas. PANLAR. Editorial Producciones científicas Ltda.; 2016. p. 220. [Acceso 23/11/2019]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/408256400/Libro-Enfermedades-Inflamatorias-Reumatologicas-read-pdf>
19. Kokuina E. Autoanticuerpos como biomarcadores de actividad de la enfermedad del lupus eritematoso sistémico. Revista Cubana de Medicina. 2014 [Acceso 23/11/2019];53(2):201-23. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v53n2/med09214.pdf>
20. Maury DMS, Escobar MR, Naranjo LAG, García ALV, Vahos CHM, Duque GMV. Ciento quince pacientes con lupus eritematoso sistémico: características clínicas e inmunológicas. Rev Colombiana Reumatol. 2014 [Acceso 23/11/2019];21(4):183-92. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/510>
21. www.lupus.org. Lupus foundation of America. [Sitio en internet]. What is lupus? [Actualizado 31/07/2013; Acceso 30/01/2019]. Disponible en: <https://www.lupus.org/resources/what-is-lupus>

22. Villa Blanco I, Calvo Alén J. Lupus eritematoso sistémico. En: Sociedad Española de Reumatología. Manual SER de las Enfermedades Reumáticas. 6.a ed. Barcelona: Elsevier; 2014. p. 335-47.
23. Anselm M, Sen Hee T. Environmental factors, toxicants and systemic lupus erythematosus. *Int J Mol Sci.* 2014 [Acceso 30/01/2019];15:16043-56. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4200809/pdf/ijms-15-16043.pdf>
24. García González V, Solís Cartas U, Ulloa Alfonso A. Incidencia de la alveolitis dental en pacientes con afecciones reumáticas. *Rev Cubana Reumatol.*2014 [Acceso 07/10/2019];16(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962014000100005
25. Bermúdez Marrero WM, Vizcaino Luna Y, Fusté Jiménez C, González Otero ZA, Egües Mesa JL. Caracterización clínico epidemiológica de pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Rev Cubana Reumatol.* 2016 [Acceso 20/07/2020];18(2 Supp. 1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/510>
26. Morín Reyes O, López Villarreal SM, Martínez Delgado AJ, Rodríguez Luis OE. Manifestaciones bucales y conocimiento sobre cuidados orales en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Rev Mexicana Estomatología.* 2016 [Acceso 11/01/2019];3(1). Disponible en: <https://www.remexesto.com/index.php/remexesto/article/view/61/96>
27. Saúde MD. [Sitio en internet]. Pinheiro P. Lupus eritematoso sistémico, síntomas y tratamiento. [Actualizado 23/10/2019; Acceso 07/11/2019]. Disponible en: <https://www.mdsaude.com/es/enfermedad-autoinmune/lupus/>
28. Rubim M, Sete C, Figueredo C, Sztajnbok F. Periodontitis and systemic lupus erythematosus. *Rev Bras Reumatol.* 2015 [Acceso 07/02/2019];56(2):165-70. Disponible en: https://scholar.google.co.ve/scholar?cluster=1982935301378652254&hl=es&as_sdt=0,5
29. Jimson S, Balachard N, Bobu R. Immunologically mediated oral diseases. 2015 [Acceso 07/02/2019];7(5):209-12. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26015713>
30. Ugarte-Gil MF, Acevedo-Vasquez E, Alarcón GS. GLADEL. The number of flares patients experience impacts on damage accrual in systemic lupus erythematosus: data from a multiethnic Latin American cohort. *Ann Rheum Dis.* 2015 [Acceso 30/01/2019];74(6):1019-23. Disponible en: <https://ard.bmj.com/content/74/6/1019.full>

31. Pons-Estel GJ, Catoggio LJ, Cardiel MH. GLADEL. Lupus in Latin-American patients: Lessons from the GLADEL cohort. *Lupus*. 2015 [Acceso 30/01/2019];24(6):536-45. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0961203314567753>
32. Catoggio LJ, Soriano ER, Imamura PM, Wojdyla D, Jacobelli S, Massardo L, et al. Late-on set systemic lupus erythematosus in Latin Americans: A distinct subgroup. *Lupus*. 2015 [Acceso 30/01/2019];24(8):788. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0961203314563134?rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=lupa
33. Leite CA, Galera MF, Espinosa MM, de Lima PRT, Fernández V, Borges AH, et al. Prevalence of hyposalivation in patients with systemic lupus erythematosus in a Brazilian subpopulation. *Int J Rheumatol*. 2015 [Acceso 07/10/2019];13(9):222. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4305611/>
34. Güven O, Tozoğlu S, Tekin U, Salmanoğlu B, Güneş O. Relationship between activity of glutathione e peroxidase and nitric oxide in synovial fluid and the progression of temporomandibular joint internal derangement. *J Craniofac Surg*. 2015 [Acceso 07/10/2019];26(3):210-3. Disponible en: https://journals.lww.com/jcraniofacialsurgery/Abstract/2015/05000/Relationship_Between_Activity_of_Gluthatione.133.aspx
35. Reis Thayane RC, Nogueira Brenna ML, Domínguez Lantigua MC, de Menezes Fernandes SA, da Silva e Souza PAR, Menezes Oliveira de Alencar T. Manifestaciones Orales en pacientes reumatológicos: una revisión de los conocimientos. *Int J Odontostomat*. 2015 [Acceso 02/12/2019];9(3):413-8. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2015000300010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2015000300010>
36. Perchyonok VT, Souza T, Moodley D, Basson N, Zhang S, Grobler S. Temporomandibular joint dysfunctions and bio-materials: Design, free radical defense and mechanism in vitro. *EC Dental Science*. 2015 [Acceso 07/10/2019];(2)3:307-16. Disponible en: <https://www.econicon.com/ecde/dental-science-ECDE-02-000049.php>
37. Cabo García R, Grau León I, Lorenzo Uribaz A. Factores de riesgo de los trastornos temporomandibulares en el adulto mayor. *Medisur*. 2016 Abr [Acceso 20/07/2020];14(2):189-94. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000200013&lng=es

38. Sianu D, Crotoru A, Cean A, Siam A, Badita D, Stefan C, et al. Periodontal disease in patients with systemic lupus erithematosus: cardiovascular risk and side effects of corticotherapy involving oral health. *Ronamian J Rheumatolog.* 2015 [Acceso 07/02/2019];24(3). Disponible en: http://reumato.medica.ro/articles/2015.3/Reumato_Nr-3_2015_Art-1.pdf
39. Shanying C, Xuejuan Sun, Bide W, Rodriguez P. Pregnancy in women with systemic lupus erythematosus: A retrospective study of 83 pregnancies at a single center. *Int J Environ Res. Public Health.* 2015 [Acceso 07/02/2019];12:9876-88. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.696.4559&rep=rep1&type=pdf>
40. Contreras P, Angeles E, Hernández H, Madrigal E, Hernández E, Hernández A. Tratamiento estomatológico interdisciplinario del lupus eritematoso generalizado. Presentación de un caso *Acta Pediatr Mex.* 2015 [Acceso 07/02/2019];36:330-6. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2015/apm154d.pdf>
41. Watson L, Gohar F, Beresford M. Diagnosis and management of juvenile-onset SLE. *Pediatrics and Child Health.* 2016 [Acceso 07/02/2019];21:12. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Faekah_Gohar/publication/230794229_Diagnosis_and_management_of_juvenile-onset_SLE/links/0912f504797170701c000000.pdf
42. Calzado de Silva MC, Laurencio Rodríguez J, Peña Sisto M. Enfermedades causadas por fármacos en la cavidad bucal. *MEDISAN.* 2015 Nov [Acceso 20/07/2020];19(11):1386-98. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015001100013&lng=es
43. Chaar T, Nogueira B, Dominguez M, Menezes S, Souza P, Menezes T. Manifestaciones orales en pacientes reumatológicos: una revisión de los conocimientos. *Int J Odontostomat.* 2015 [Acceso 09/03/2019];9(3):413-8. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/ijodontos/v9n3/art10.pdf>
44. Saldanhak, Costa D, Silva J, Jardim E. Lupus eritematoso sistémico en odontología: relato de caso. *Arch Health Invest.* 2015 [Acceso 09/03/2019];4(6):21-4. Disponible en: https://scholar.google.co.ve/scholar?q=Lupus+eritematoso+sist%C3%A9mico+en+odontolog%C3%ADa%3A+relato+de+caso.+Arch+Health+invest&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5

45. Jeleniews R, Susked D, Majdan M. Clinical picture of late-onset systemic lupus erythematosus in a Group of Polish. Pol Arch Med Wewn. 2015 [Acceso 09/03/2019];125:7-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26075796>
46. Trao J, Werth V. Cutaneous lupus erythematosus flare following exposure to surgical light during a dental procedure. BHJ Case Rep. 2015 [Acceso 09/07/2020];2(12):864. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4680308/>

Conflicto de interés

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Otto Alemán Miranda: Participó en la concepción de la investigación, búsqueda de información, redacción y revisión final del artículo.

Denia Morales Navarro: Participó en la concepción de la investigación, búsqueda de información y redacción del artículo.

José Jardón Caballero: Participó en la concepción de la investigación, búsqueda de información y redacción del artículo.

Yamila Domínguez Rodríguez: Participó en la concepción de la investigación, revisión y redacción del artículo.