

Revisiones Bibliográficas:

MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO

Recibido para Arbitraje: 15/07/2009

Aceptado para publicación: 28/10/2009

- **Jeaneth López Labady**

Profesora Agregado de la Cátedra de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología de la UCV, MSc en Medicina Estomatológica.

Resumen:

El Lupus Eritematoso es una enfermedad crónica autoinmune que afecta el tejido conectivo y tiene predilección por mujeres en edad reproductiva. Se caracteriza por afectar diversos sistemas como el nervioso central, cardiovascular, músculoesquelético, renal y mucocutáneo entre otros. El compromiso sistémico en estos pacientes los transforma en individuos de alto riesgo para el tratamiento odontológico, por lo que se deben tener consideraciones clínicas y preventivas especiales para atenderlos y el odontólogo debe estar preparado para tratar adecuadamente sus necesidades y también debe estar en la capacidad de reconocer las expresiones clínicas en los tejidos blandos ya que pueden representar una de las primeras manifestaciones de la enfermedad y aquí desempeñaría un rol importante en su diagnóstico precoz.

Palabras claves: Lupus Eritematoso, tratamiento odontológico.

Abstract:

Lupus Erythematosus is a chronic autoimmune disease which involves connective tissue. It has predilection for female patients during the reproductive stage. It affects different systems such as nervous, cardiovascular, musculoskeletal, renal and mucocutaneous system. The systemic changes patients present, turns them into high risk individuals for dental treatment. Therefore, special clinical and preventive measures must be considered with these patients. Dentists should be prepared in order to treat patient's needs properly and should be in the capacity of identifying different clinical expressions on soft tissues that could lead to early diagnose of this disease.

Key words: Lupus Erythematosus, dental treatment.

Introducción:

El Lupus Eritematoso (LE) es una enfermedad del sistema inmunológico, crónica, que afecta principalmente a mujeres, su etiología es desconocida, sin embargo se reconoce que debe existir una predisposición genética a su desarrollo, aunada a factores desencadenantes como ambientales, hormonales e infecciosos entre otros (1). El paciente puede manifestar solo lesiones en piel y mucosas que incluyen la bucal o concomitantemente tener afectados otros sistemas como el renal, cardiovascular y nervioso central entre los más importantes (2,3).

Usualmente el paciente que padece esta enfermedad cuando acude a la consulta odontológica conoce su diagnóstico y algunas de las limitaciones que le produce su patología, sin embargo es el odontólogo el que debe establecer los lineamientos para su atención. Estos lineamientos deben contemplar en primer lugar la elaboración de una adecuada historia clínica que permita dar solución a sus necesidades considerando los riesgos potenciales durante el tratamiento y las medidas preventivas que sean necesarias para que resulte exitoso.

ELABORACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

El realizar una detallada y correcta historia clínica es fundamental para brindarle a este tipo de pacientes un excelente tratamiento odontológico.

Esta historia clínica se debe iniciar con una Anamnesis que contemple datos referentes a las patologías sistémicas que padece y su respectivo tratamiento farmacológico, seguida de un examen clínico detallado de los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal además de la articulación temporomandibular y finalmente se debe establecer un plan de tratamiento basado en las necesidades clínicas del paciente pero considerando las medidas preventivas necesarias para evitar complicaciones.

CONSIDERACIONES PARA LA ANAMNESIS:

Tomando en consideración la amplia variabilidad de afectación sistémica que pueden tener estos pacientes es importante dirigir el interrogatorio a identificar la presencia de patologías como:

Afección Renal o Nefritis Lúpica:

Hay afección renal en la mayoría de los pacientes con LES en algún momento de su evolución (60-90%) (4). Las manifestaciones renales son variables pueden ir desde hematuria o proteinuria asintomática hasta falla renal rápidamente progresiva y daño renal terminal. En ocasiones es la manifestación inicial del LES e incluso puede preceder por mucho tiempo la afectación de otros órganos o sistemas (5).

La histopatología en la afección renal es vital como indicador de la severidad de la enfermedad, pronóstico y en alguna medida para el tratamiento, para el año 2004, un prestigioso grupo de expertos, formularon una clasificación basada en todo el conocimiento clínico y epidemiológico acumulado hasta entonces sobre la nefritis lúpica. Esta clasificación llamada ISN/RPS, determina claramente las lesiones indicadoras de actividad y la severidad de las lesiones crónicas, lo que a su vez determina el tipo de tratamiento, que se basa en la mayoría de los casos en corticoesteroides y otros inmunosupresores, cuando se llega a falla renal crónica por lo regular se inicia hemodiálisis y el trasplante renal es una buena opción en los casos de daño terminal del órgano (6).

Trastornos Cardiovasculares:

En el LES puede haber daño a cualquier nivel del sistema cardiovascular, sin embargo es la pericarditis la manifestación más frecuente la cual se presenta en un 54% de los casos aproximadamente, aparece usualmente al inicio de la enfermedad o durante episodios agudos de esta, la pericarditis bacteriana es poco reportada y usualmente se desarrolla en pacientes bajo tratamiento con esteroides y su mortalidad es elevada. La miocarditis se presenta apenas en un 10% y esto se debe gracias a la terapia con esteroides que se utiliza de rutina para otras manifestaciones de la enfermedad. Puede haber alteraciones anatómicas y funcionales en la válvula mitral y aorta que las hace susceptibles a colonización bacteriana, sus complicaciones son raras aunque pueden ocurrir embolias (9).

Los esteroides en bajas dosis son efectivos en la pericarditis leve, en casos más graves se requieren dosis más elevadas y en pacientes con pericarditis recurrente la inmunosupresión con metotrexato y azatioprina es benéfica (10).

Trastornos del Sistema Nervioso Central (SNC):

La incidencia de afección neuropsiquiátrica en el LES varía del 13 al 59%. Algunos de los trastornos que pueden presentarse son: cefalea como la más frecuente, convulsiones, psicosis, mareos y accidentes cerebro vasculares como la complicación más grave (11).

La afección cerebral en el LES es multifactorial y entre los diversos factores implicados se citan, trombosis a repetición, anticuerpos antineurona, hipertensión, efectos adversos de los fármacos y la presencia de anticuerpos antifosfolípidos que aparentemente juegan un papel fundamental en las manifestaciones neurológicas en estos pacientes (12). El tratamiento se basa fundamentalmente en corticoesteroides cuando la afección es leve, en caso de ser grave o con riesgo vital se indican altas dosis de corticoesteroides combinados con inmunosupresores (12).

Afecciones en piel:

Las manifestaciones cutáneas en el Lupus Eritematoso representan uno de los signos y síntomas más comunes, entre el 72 y el 85% de estos pacientes tienen afectada la piel incluso pueden ser las primeras manifestaciones de la enfermedad (14).

Se clasifica clínicamente en cutáneo crónico, subagudo y agudo (15). En el tipo crónico hay presencia de pápulas con tendencia a confluír formando placas eritematosas que posterior a la cicatrización resultan en hipopigmentación y atrofia. En el tipo subagudo hay lesiones no cicatrizales, amplias y asimétricas por lo regular en zonas fotoexpuestas y en el tipo agudo las lesiones son eritematosas y difusas con predilección por zona malar (alas de mariposa) su inicio es abrupto y posterior a la exposición solar. Usualmente con la terapia inmunosupresora las lesiones tienden a mejorar y en algunos casos se indica tratamiento con fármacos antimaláricos los cuales proporcionan excelentes resultados (16).

Alteraciones hematológicas:

Los trastornos sanguíneos pueden afectar hasta el 85% de las personas con LES. Es común encontrar anemia normocrómica leve o moderada. Aparece leucopenia en el 50% de los pacientes, habitualmente con linfopenia apreciable. La trombocitopenia suele ser frecuente y puede ocasionar problemas de coagulación. Puede haber un anticoagulante circulante que se detecta por un tiempo parcial de tromboplastina (PTT) prolongado y se asocia a un aumento de la incidencia de trombosis venosa y arterial y puede estar asociado a la presencia de anticuerpos contra los lípidos involucrados en la coagulación de la sangre que se conoce como síndrome de anticuerpos antifosfolípidos¹⁷. Los pacientes que manifiestan este tipo de trastornos reciben medicación anticoagulante de forma crónica o para toda la vida, los fármacos más frecuentemente utilizados son la heparina y la warfarina en dosis moderadas que en algunos casos son combinadas con aspirina (18).

Se debe conocer el tipo de medicación que recibe el paciente para el control de sus enfermedades sistémicas y sus posibles implicaciones clínicas al momento de establecer el plan de tratamiento.

Las drogas que usualmente refiere consumir el paciente en la anamnesis son:

Antiinflamatorios esteroideos (Prednisona): Se indican para controlar síntomas asociados al riñón, SNC y cardiovascular y las dosis son ajustadas a medida que los síntomas y signos van mejorando (19).

A pesar de que las drogas de elección para tratar a estos pacientes son los esteroides y por lo regular son eficaces, sus efectos colaterales (Tabla 1) son diversos y por esta razón deben ser monitoreados de cerca para tratar de forma alterna cualquier complicación derivada de esta medicación.

Tabla 1

Efectos colaterales de los esteroides
Hipertensión
Hiperglicemia
Acné
Apariencia cushinoide
Compromiso inmunológico
Osteoporosis severa
Insuficiencia adrenal
Arterioesclerosis
Necrosis de las caderas
Hipercolesterolemia

Tomado de www.cda-adc.ca/jcda/vol-73/issue-9/823.html

Otras drogas inmunosupresoras (Azatioprina, Ciclofosfamida, Metotrexate): Son reservadas para casos severos como por ejemplo la nefritis lúpica avanzada. Este tipo de drogas inmunosupresoras pueden causar complicaciones sistémicas ya que los pacientes poseen un riesgo aumentado a las infecciones y todo tratamiento odontológico representa un riesgo, desde una sencilla profilaxis hasta un procedimiento quirúrgico con cierto grado de dificultad (20).

Antimaláricos (hidroxicloroquina): Este tipo de drogas son utilizadas con frecuencia en este tipo de pacientes para el control de molestias musculoesqueléticas además de ser sumamente eficaces para tratar lesiones cutáneas (21).

Por lo regular este fármaco induce como efecto secundario la producción de pigmentaciones parduzcas en las mucosas incluida la bucal, esto es importante a tomar en consideración antes de iniciar una serie de exámenes diagnósticos para descartar otras patologías como Síndrome de Peutz Jehers, Enfermedad de Addison u otras, además no representan ningún tipo de molestias al paciente y al cesar la medicación desaparecen al poco tiempo.

Anticoagulantes (Heparina y warfarina): Estos fármacos se utilizan en casos de isquemia secundaria a síndrome antifosfolípido. Se recomienda la interconsulta con el médico tratante, sin embargo los pacientes con heparina de bajo peso molecular pueden recibir tratamiento quirúrgico sin alterar su medicación; en aquellos casos que se espere una hemorragia postoperatoria excesiva basada en el tipo de cirugía planeada o el paciente esta recibiendo una alta dosis de heparina de bajo peso molecular, esta debe ser discontinuada durante un día por el médico y la cirugía ejecutada al día siguiente (22). Cuando el paciente recibe warfarina sódica, diversos autores reportan poco o ningún riesgo de hemorragia significativa después de procedimientos quirúrgicos en pacientes con un Tiempo de Protrombina (PT) de 1.5 a 2 veces lo normal. Algunos autores reportan que no existen diferencias en los problemas de hemorragia entre pacientes que suspenden o no el tratamiento anticoagulante (23).

EXAMEN CLÍNICO:

Seguidamente a la anamnesis se debe realizar un examen clínico exhaustivo de los tejidos blandos y duros de la cavidad bucal además de la articulación temporomandibular (20).

En el examen clínico se deben descartar procesos infecciosos asociados a los tejidos dentarios y

periodontales pues son frecuentes en estos pacientes por la terapia inmunosupresora a la que están sometidos y usualmente progresan rápidamente y cursan de forma silente o subclínica también como resultado de la medicación (20).

Los tejidos blandos deben ser evaluados minuciosamente ya que cualquier zona de la cavidad bucal puede estar afectada y además con diferentes formas clínicas que van desde erosiones, úlceras, placas descamativas y estrías hasta combinaciones de todas estas (24,25).

El examen bucal también debe ir dirigido a descartar la presencia de micosis muy especialmente candidiasis tipo pseudomembranosa que es la expresión más frecuente en pacientes en estado de inmunosupresión.

La articulación temporomandibular debe ser evaluada para descartar desórdenes tipo artralgiyas o artritis (20).

Exámenes complementarios

Se recomienda indicar para este tipo de pacientes antes de cualquier tipo de procedimiento:

Una radiografía panorámica y un periapical completo para así poder evaluar la presencia de cualquier patología o proceso infeccioso que no sea evidente al examen clínico.

Exámenes hematológicos que incluyan pruebas de coagulación aun cuando no este considerado en el plan de tratamiento alguna intervención quirúrgica.

Consideraciones especiales durante el tratamiento:

El odontólogo prescribe constantemente en su consulta drogas que tienen como vía de eliminación el riñón, las más comunes son, antiinflamatorios no esteroideos, ácido acetilsalicílico, penicilina, cefalosporinas, tetraciclinas y antimicóticos, en estos casos se debe tener sumo cuidado considerando la alta incidencia de daño renal. Si es imperativa la necesidad de prescribir este tipo de drogas se debe considerar aumentar el intervalo de las dosis y disminuir la cantidad del medicamento o lo que es mejor contactar al médico tratante. Sin embargo se recomienda indicar fármacos que no sean metabolizados renalmente como el acetaminofen para controlar cuadros dolorosos y la clindamicina para infecciosos (20).

Si el paciente consume fármacos anticonvulsivantes se debe vigilar muy de cerca su condición periodontal y planificar profilaxis y control de irritantes locales cada tres meses, además de estar preparado para tratar adecuadamente al paciente en caso de desarrollar algún tipo de agrandamiento gingival.

Los pacientes que sufren de falla renal crónica que sean dializados y necesiten alguna intervención quirúrgica odontológica se deben planificar al día siguiente de la diálisis y de esa manera asegurar la eliminación de medicamentos administrados y sus productos (20).

Se debe tratar afecciones que causen dolor odontogénico, temporomandibular o miofacial pues podrían comportarse como factores gatillo o desencadenantes de crisis psicóticas o cefaleas tipo migrañas en estos pacientes (20).

Las emergencias odontológicas en pacientes bajo tratamiento con heparina o warfarina deben ser tratadas lo más conservadoramente posible, evitando los procedimientos quirúrgicos, sin embargo en caso de ser necesarios se recomienda la interconsulta con el médico tratante. Se debe tener en cuenta que en la actualidad la tendencia es no suspender este tipo de terapia anticoagulante pues se corre el riesgo de fenómenos tromboembólicos (22).

Se puede requerir en algunos casos cuando hay alteraciones hematológicas tipo trombocitopenia medidas locales para mantener hemostasis incluso en tratamientos profilácticos (20).

Medidas preventivas:

La interconsulta con el médico tratante se considera un procedimiento de rutina antes de iniciar el tratamiento en estos pacientes y más aún si requieren algún tipo de intervención quirúrgica, primordialmente en casos bajo terapia anticoagulante y en aquellos con compromiso cardíaco será el médico el que decida el uso o no de profilaxis antibiótica (20).

Bibliografía:

1. Louis PJ, Fernández R. Review of systemic lupus erythematosus. *Oral surg Oral Med Oral Pathol* 2001; 91(5): 512-516.
2. Karjalainen TK, Tomich CE. A histopathologic study of oral mucosal lupus erythematosus. *Oral surg* 1989; 67: 547-54.
3. Orteu CH, Buchanan JAG, Huychinson I, Leigh IM, Bull RH. Systemic lupus erythematosus presenting with oral mucosal lesions: easily missed?. *Br J Dermatol* 2001; 144: 1219-1223.
4. Sverzut AT, Allais M, Mazzonetto R, de Moraes M, Passeri LA, Moreira RW. Oral manifestation of systemic lupus erythematosus: lupus nephritis--report of a case. *Gen Dent* 2008; 56(1):35-41.
5. Cameron JS. Lupus nephritis. *J Am Soc Nephrol* 1999; 10: 413-424.
6. Weening JJ, D'Agati VD, Schwartz MM, Seshan SV, Alpers CE, Appel GB, Balow JE, Bruijn JA, Cook T, Ferrario F, Fogo AB, Ginzler EM, Hebert L, Hill G, Hill P, Jennette JC, Kong NC, Lesavre P, Lockshin M, Looi LM, Makino H, Moura LA, Nagata M. The classification of glomerulonephritis in systemic lupus erythematosus revisited. *J Am Soc Nephrol* 2004; 15:241-250.
7. Bidani AK, Roberts JL, Schwartz MM, Lewis EJ. Immunopathology of cardiac lesions in fatal systemic lupus erythematosus. *Am J Med* 1980; 69:849-858.
8. Sánchez-Guerrero J, Alarcón-Segovia D. Salmonella pericarditis with tamponade in systemic lupus erythematosus. *Br J Rheumatol* 1990; 29:69-71.
9. Roldan CA, Shively BK, Crawford MH. An echocardiographic study of valvular heart disease associated with systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med* 1996; 335: 1424-1430.
10. Doria A, Iaccarino L, Sarzi-Puttini P, Atzeni F, Turriel M, Petri M. Cardiac involvement in systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2005; 14: 683-686.
11. Mimenza-Alvarado AJ, Téllez-Zenteno JF, Cantú-Brito C, García-Ramos G. Systemic lupus erythematosus with affection to brainstem: report of three cases. *Rev Neurol* 2002; 35(2):128-31.
12. Soneira SG. Manifestaciones neuropsiquiátricas del lupus eritematoso sistémico. *Rev Arg Clin Neuropsiq* 2005; 12.
13. Barile-Fabris LA. Tratamiento de las manifestaciones neuropsiquiátricas del lupus eritematoso sistémico. *Reumatol Clin* 2005; 1: 72-5.
14. Yell JA, Mbuagbaw J, Burge SM. Cutaneous manifestation of systemic lupus erythematosus. *Br J*

Dermatol 1996; 135: 355-362.

15. Guillian JN, Sontheimer RD. Distinctive cutaneous subsets in the spectrum of lupus erythematosus. *Medicine* 1981; 60:208-217.
16. Pérez Alfonzo R, Giansante E. Lupus eritematoso cutáneo. Em: Rondon Lugo AJ. *Dermatología*. Caracas: Reynaldo Godoy Editor; 1995.
17. Louis FR, Donald K. *Medicina interna en odontología*. Tomo I. Barcelona: Salvat; 1992
18. Khamashta MA, Cuadrado MJ, Mujic F, Taub GRV. The management of thrombosis in the antiphospholipid-syndrome. *N Engl J Med* 1995; 332:993-7.
19. Chan TM. Lupus nephritis: induction therapy. *Lupus* 2005; 14: 27-32.
20. www.cda-adc.ca/jcda/vol-73/issue-9/823.html
21. Yebra-Bango M, Tutor-Ureta P. Systemic lupus erythematosus therapy. Antimalarials in inflammatory diseases. *Rev Clin Esp*. 2004; 204(11):565-6
22. Little J, Miller C, Henry R, McIntosh B, Fla N, Ky L. Antitrombotic agents: Implications in dentistry. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 93:544-51.
23. Devani P, Lavery K, Howell C. Dental extractions in patients on warfarin: is alteration of anticoagulant regime necessary? *Br J Oral Maxillofac Surg*. (1998); 35: 107-11.
24. López-Labady J, Moret Y, Villarroel M, Mata de Henning M. Manifestaciones bucales del Lupus Eritematoso. Revisión de la literatura. *Act Odont* 2007; 45(2): 316-320.
25. López-Labady J, Villarroel M, González N, Pérez R, Mata de Henning M. Oral Manifestations of Systemic and Cutaneous Lupus Erythematosus in a Venezuelan Population. *J Oral Pathol Med* 2007; 36:524-7.