



Depósito Legal: ppi201302ME4323  
ISSN: 2343-595X

# Revista Venezolana de Investigación Odontológica de la IADR

<http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/rvio>



## ARTÍCULO DE REVISIÓN

### Manejo odontológico del paciente con lupus eritematoso sistémico: Una revisión sistemática

Ruth Escalante, Omar Jaimes, José Ramírez, Cruz Rangel, María Yáñez<sup>1</sup>

Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela

## RESUMEN

### Historial del artículo

Recibido: 10-05-16

Aceptado: 23-09-16

Disponible en línea:  
01-11-2016

### Palabras clave:

Lupus,  
Odontología,  
Salud bucal,  
Tratamiento,  
Manejo.

**Introducción:** El LES es una enfermedad multisistémica, episódica de etiología desconocida. Las repercusiones de la enfermedad pueden generar complicaciones durante o después del tratamiento odontológico. Por tal razón, se hizo pertinente la realización de una revisión sistemática que contenga información necesaria para el odontólogo. Por ello, el objetivo de esta revisión es describir el manejo odontológico en pacientes con LES. **Metodología:** Se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos: PubMed, SciELO, Google académico y una revisión manual de Acta Odontológica Venezolana utilizándose los siguientes descriptores: Manifestaciones bucales, lupus eritematoso sistémico y liquen plano oral. **Resultados:** De la búsqueda realizada fueron seleccionados 60 artículos: 34 revisiones literarias, 15 reportes de casos, 3 casos controles, 6 estudios transversales y 1 caso clínico; los cuales reportaron la presencia de manifestaciones bucales como: úlceras, eritema discoide, periodontitis y fotosensibilidad, dichas pueden presentarse solas o combinadas. Por lo tanto, el tratamiento depende de las manifestaciones, severidad y existencia de problemas asociados; por ello, el odontólogo debe mantener comunicación constante con el médico tratante y así conocer las consecuencias que puedan afectar al paciente durante la consulta odontológica. Es necesario un diagnóstico acertado para que dicha enfermedad no sea confundida con patologías que presentan una sintomatología similar a la del lupus. **Conclusión:** No existe una cura o un manejo específico para el LES, dependerá del cuadro patológico que presente el paciente. Por ello, se sugiere al odontólogo conocer su sintomatología para emplear el mejor tratamiento posible.

<sup>1</sup> Autor de correspondencia. Ruth Escalante. Email: [escalante.ruth1095@gmail.com](mailto:escalante.ruth1095@gmail.com)

## Dental management of systemic lupus erythematosus patients. A systematic review

### Abstract

**Introduction:** Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is a multisystemic and episodic disease of unknown etiology, its impact can cause complications to the dentist when treating the patient. For this reason, it became relevant to make a systematic review that encompasses the necessary information for the dentist. Therefore, the objective of this review is to describe the dental management of patients with SLE. **Methodology:** An exhaustive search in PubMed, SciELO, Google Scholar and a manual review of the Acta Odontológica Venezolana was performed, using the following descriptors: oral manifestations, systemic lupus erythematosus and lichen planus. **Results:** 60 articles were selected from the research: 34 literature reviews, 15 case reports, 3 cases-control studies, 6 cross-sectional studies and a 1 clinical case; they reported that oral lesions, such as ulcers, discoid rash, periodontitis and photosensitivity may occur alone or in combination. Therefore, the treatment depends on the manifestations, severity and the presence of concomitant problems. It is important that the dentist maintains a constant communication with the treating physician. An accurate diagnosis in order to not confuse SLE with other conditions, such as lichen planus that have similar symptoms is strongly recommended. **Conclusion:** SLE has no cure or specific management; it depends on the clinical picture presented by the patient. For the dentist, be familiar with SLE's manifestations in order to apply an accurate treatment is suggested.

**Keywords:** Lupus, dentistry, oral, treatment, dental management.

### 1. Introducción

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES), es definido como una enfermedad multisistémica y episódica<sup>1,2</sup>, caracterizada por la alteración del ADN de los anticuerpos lo que ocasiona que estos se dirijan contra las células del huesped<sup>3</sup>; además, de diversos rasgos disfuncionales del sistema inmune, incluyendo hiperclulas y citocinas desequilibradas<sup>4</sup>. Sin embargo, su etiología es desconocida y se asocia con diversos factores genéticos o ambientales como: la luz ultravioleta, algunas infecciones que son ocasionadas por el virus Epstein-Barr y el tabaquismo<sup>5</sup>. También se relaciona con químicos y fármacos como lo son: la procainamida, hidralacina, clorpromacina, isoniacida, propiltiouracilo, alfa metildopa, fenitoina, fenobarbital, aminas aromáticas, tricloroetileno, sílice y molibdeno, son capaces de inducir LES así como sustancias encontradas en la dieta como la fenilalanina y tirosina<sup>6</sup>.

El LES afecta principalmente al sexo femenino, por tal motivo, se consideran los estrógenos un factor predisponente en el desarrollo del LES<sup>6,7</sup>. Debido a que el estrógeno y el estradiol se unen a los receptores de los linfocitos T y B amplificando su activación y supervivencia, lo cual favorece una respuesta autoinmunitaria prolongada, se provee frecuentemente en periodos cercanos a la menarquía, en el embarazo o el periodo posparto; cabe destacar que las pacientes con LES presentan niveles bajos de andrógenos incluyendo dehidroepiandrosterona y un incremento en la 16 alfa hidroxilacion de estrógenos lo que origina la presencia de metabolitos más activos<sup>6</sup>.

El lupus eritematoso, presenta un amplia variabilidad en las lesiones, por lo que según sus características clínicas se puede clasificar en dos grupos, siendo el primero: el lupus eritematoso cutáneo (LEC)<sup>8,9</sup>, que al mismo tiempo este se subdivide en, lupus eritematoso cutáneo crónico (LECC) y lupus eritematoso cutáneo agudo (LECA)<sup>10</sup>; en segundo lugar, el lupus eritematoso sistémico (LES)<sup>8,9</sup>, el cual no debe ser confundido con el anterior ya que su sintomatología es diferente, basándose en el esta revisión debido a su implicación a nivel bucal, siendo así de mayor interés odontológico.

Para el diagnóstico del LES se toman como referencia los criterios establecidos por el *American College of Rheumatology (ACR)*: 1- eritema malar, 2- erupción discoide, 3- fotosensibilidad, 4- úlceras orales, 5- artritis, 6- serosis, 7- alteraciones renales, 8- afectación neurológica, 9- alteraciones hematológicas, 10- alteraciones inmunológicas, 11- anticuerpos<sup>11-18</sup>, de los cuales el paciente debe cumplir al menos con cuatro de estos signos para observar allí las manifestaciones mucocutáneas<sup>19</sup>.

Se debe considerar que las manifestaciones bucales pueden ser el primer indicio de dicha enfermedad, siendo las zonas más afectadas la mucosa bucal, el paladar duro y el borde del bermellón<sup>20</sup>. En ciertos casos, el LES se asocia con una disminución en el flujo de saliva lo que resulta en xerostomía e hiposalivación sin embargo, la tasa de flujo salival no se observa comúnmente en la literatura sino en la práctica clínica donde los pacientes con LES se quejan con frecuencia de xerostomía asociada o no con hiposalivación. Se debe tomar en cuenta que 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 como el síndrome de Sjögren. Debido a la complejidad de la composición molecular de la saliva es de gran importancia para el mantenimiento de la integridad bucal y sistémica, y es crítico para la primera línea de defensa a nivel bucal además, los pacientes pueden experimentar halitosis, trastornos del sueño, disfagia y dificultad en la deglución y habla<sup>21</sup>.

En cuanto al tratamiento del lupus, los fármacos más utilizados son los corticoesteroides, ya que estos ayudan a disminuir cuadros inflamatorios, otros utilizados son la prednisona e hidroxiclороquina. Si el paciente no reacciona a ellos se pueden utilizar terapias accesorias con el uso de anti-inflamatorios no esteroideos como el naproxeno, ibuprofeno e indometacina<sup>13,19</sup>. Debe hacerse un *diagnóstico* diferencial entre dicha enfermedad y otros tipos de patologías como el liquen plano, la leucoplasia, el carcinoma de células escamosas y enfermedades ampollosas<sup>22</sup>.

Con respecto al manejo odontológico al momento de una intervención de pacientes con manifestaciones en la cavidad bucal, ya sea para ayudar a aliviar el dolor o la inflamación se deben indicar fármacos que no sean metabolizados a nivel renal como el acetaminofén y la clindamicina, o enjuagues con soluciones antisépticas por la presencia de alguna infección<sup>11</sup>. Si es necesario realizar una intervención quirúrgica o técnicas traumáticas como una exodoncia, se debe manejar la anestesia con vasoconstrictor así como el uso de hemostáticos locales como el ácido tranexámico<sup>2</sup>.

En vista de la complejidad y variabilidad de la enfermedad, sus repercusiones y las posibles consecuencias que puede generar, se torna complejo para el odontólogo al momento de evaluar pacientes que presentan dicha patología debido a la escasa síntesis de la evidencia basada en su manejo en cavidad bucal, desde su identificación, diagnóstico hasta el tratamiento; se hizo necesaria la realización de una revisión sistemática que englobe la

información pertinente para que el odontólogo tome en cuenta las posibles adversidades de esta enfermedad. Por tal motivo, el propósito de esta revisión es, describir el manejo odontológico del paciente con lupus eritematoso sistémico.

## **2. Metodología**

### **2.1 Estrategia de búsqueda**

La información científica fue recopilada a través de una búsqueda utilizando los siguientes descriptores en idioma inglés: los Medical Subject Headings (MeSH): “oral manifestations”, “systematic lupus erythematosus”, (“systematic lupus erythematosus” AND “oral manifestations”), “lichenplanus, oral”, (“lichenplanus, oral” AND “systematic lupus erythematosus”). Para la búsqueda en idioma español, los descriptores en Ciencias de la Salud (DeSC): “manifestaciones bucales”, “Lupus Eritematoso Sistémico”, (“manifestaciones bucales” AND “Lupus Eritematoso Sistémico”), “liquen plano oral”, (“liquen plano oral” AND “Lupus Eritematoso Sistémico”).

Adicionalmente, se utilizaron las siguientes palabras claves: lupus, odontología, bucal, tratamiento, manejo, diagnóstico, periodontitis. Se realizó la búsqueda electrónica utilizando la base de datos en salud: Medline a través de Pubmed, bibliotecas electrónicas: SciELO y buscadores académicos como Google académico. Por otro lado, se realizó una búsqueda manual en la siguiente revista venezolana: Acta Odontológica Venezolana. En la búsqueda no hubo límites temporales ni lingüísticos, se amplió el número de estudios mediante la identificación de artículos citados en algunas referencias.

### **2.2 Estrategia de análisis**

La búsqueda se basó únicamente en Lupus Eritematoso Sistémico debido a que tiene una mayor incidencia en la mucosa bucal. Por tal motivo, se excluyeron aquellos estudios que contenían tema no pertinente, o aquellos que no estuvieran disponibles en la red. Posteriormente, se realizó una clasificación de los artículos obtenidos de acuerdo a las categorías planteadas en esta revisión.

## **3. Resultados**

### **3.1 Descripción de los artículos**

Fueron obtenidos 60 artículos en la búsqueda de bases de datos electrónicas, se obtuvieron 8 artículos de ResearchGate, 19 estudios de PudMed, 5 estudio de SCielo, 2 de Springer, 2 estudios de la biblioteca virtual en salud (BVS), 6 estudios de acta odontológica, 1 estudio de acta medica colombiana, 18 estudios de Google académico siendo 38 revisiones de la literatura, 11 reportes de casos, 2 casos y controles, 5 estudios transversales y de cohorte, 4 casos clínicos. Los estudios tratados en esta revisión sistemática trabajaron un total de 5.317 pacientes con LES y 839 con Liquen Plano Bucal.

### **3.2 Manifestaciones bucales de LES**

El LES es una enfermedad que puede lesionar cualquier órgano del cuerpo y evolucionar en forma de brotes en periodos activos e inactivos<sup>23</sup>. Se ha reportado que del 20% al 45% de los pacientes con LES presentan generalmente lesiones en boca<sup>24</sup>. La explicación para el aumento de procesos infecciosos se basa en que las enfermedades reumáticas de por sí,

cursan con un estado de inmunosupresión que propicia la colonización y propagación de gérmenes<sup>25</sup>. Sin embargo, en algunos estudios se asocia que los fármacos usados para controlar la actividad del LES pueden causar alteraciones intrabucales significativas, como en el caso del tratamiento con inmunosupresores como los corticoesteroides los cuales facilitan las infecciones oportunistas, por otra parte el metrotexate frecuentemente causa mucositis, sin embargo, los AINEs pueden inducir hemorragia gingival por la inhibición de la agregación plaquetaria, en cuanto a la ciclosporina y la nifedipina causan comúnmente agrandamiento gingival<sup>20</sup>.

Debido a la naturaleza heterogénea del lupus hace que su diagnóstico sea difícil<sup>26</sup>, por ello se considera que el paciente debe cumplir con al menos cuatro de los criterios establecidos por el ACR en 1997<sup>19</sup>. De acuerdo al cuadro clínico, las manifestaciones pueden variar desde leves, graves o agudas e intermitentes y persistentes, debido a que los signos y síntomas aparecen combinados y no de manera específica<sup>27</sup>. La prevalencia de pacientes que padecen LES con lesiones bucales es variable, las zonas principalmente afectadas son la lengua, la mucosa bucal, los labios y el paladar, presentando úlceras crónicas o eritema de dimensiones variables, con períodos de exacerbación y remisión<sup>15</sup>.

### **3.2.1 Úlceras bucales**

Una ulcera se define como una lesión que presenta pérdida de sustancia, lo cual afecta tanto al epitelio como al tejido conectivo subyacente<sup>28</sup>. Las manifestaciones ulcerativas inician con manchas blancas, en ocasiones puede observarse una ulceración oval de centro rojo, atrófico y deprimido con costras, también se observan estrías blancas radiadas fuera de los márgenes, parche malar<sup>29, 30</sup>. En algunas ocasiones presenta erosión de la mucosa, placas superficiales escamosas, y grietas con tendencia hemorrágica<sup>31</sup>.

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 favoreciendo a que la lesión se cronifique<sup>28</sup>, las cuales pueden ocasionar en el paciente dolor, malestar y trastornos hematológicos, entre otros síntomas<sup>32</sup>. De acuerdo a un estudio de 2.170 pacientes, un 21,5% demuestran ulceraciones<sup>33</sup>; de 888 pacientes estudiados con LES, 23% presentan úlceras<sup>34</sup>; en un análisis de 230 pacientes en el cual se estudiaron 20 pacientes con LES el 30% padece de úlceras<sup>35</sup>; finalmente, un estudio con 196 pacientes en el que se observa un 20% con úlceras bucales<sup>36</sup>.

### **3.2.2 Fotosensibilidad**

En relación a los factores ambientales se encontró que la exposición a la radiación ultravioleta (UV) es el factor más ligado al lupus<sup>37</sup>, debido a que la fracción de esta induce al daño de ADN de las células epidérmicas, lo que implica una exacerbación sintomática como respuesta<sup>38</sup> que junto con los procesos inflamatorios producen la apoptosis de los queratinocitos que es en lo que se basa la etiopatogenia del LES<sup>39</sup>. La apoptosis o muerte celular programada, es producida por el daño del ADN irreparable por el efecto de agentes externos, físicos, químicos o factores biológicos<sup>40</sup>. La exposición a la radiación UV se puede producir a través de cualquier superficie cutánea incluyendo la mucosa bucal, por lo que se usan los filtros de luz durante procedimientos dentales<sup>3</sup>.

Tomando los resultados de las revisiones se obtuvo que en 34 pacientes el 47% tienen fotosensibilidad<sup>41</sup>; de 2170 pacientes padecen un 25% de fotosensibilidad<sup>33</sup>; en cuanto a una revisión 888 pacientes estudiados con LES en el 77% de los casos se observó

manifestaciones de fotosensibilidad<sup>34</sup>; en un estudio de 230 pacientes que se estudiaron 20 con LES de los cuales el 30% presentan fotosensibilidad<sup>35</sup>; por último, un estudio con 196 pacientes un 33% presento fotosensibilidad<sup>36</sup>.

### **3.2.3 Eritema Discoide**

Los pacientes con LES que manifiestan afecciones discoides<sup>29</sup>. Presentan lesiones que se observan como placas eritematosas elevadas con escamas queratosicas adherentes y tapones foliculares<sup>42</sup> siendo los lugares más afectados por esta manifestación la mucosa bucal, el paladar duro y el borde del bermellón, clasificando dichas lesiones como eritematosas discoides y de tipo ulcerativo<sup>43</sup>. A pesar de esto la lesión más visible se da en los labios, que están comprendidos en tres regiones de la piel que comparte particularidades histológicas idénticas a la de la mucosa bucal y el borde bermellón, que se caracteriza por un epitelio escamoso, densidad capilar abundante dentro de las crestas epidérmicas y papilas dérmicas<sup>29</sup>.

La falta de protección de la superficie aliado a la exposición ultravioleta favorece en el labio la queilitis y el carcinoma de células escamosas<sup>40</sup>. Según los estudios incluidos en esta revisión de 230 pacientes que se estudiaron 20 con LES, 10% presentan lesiones discoides<sup>35</sup>. Y en estudio que contiene 196 pacientes, en el cual se obtuvo un 15% de pacientes con lesiones disoides<sup>36</sup>.

Según estas evidencias se puede observar que la fotosensibilidad es una de las manifestaciones más propensas a padecer los pacientes con esta patología, sin embargo, no se pueden establecer estos únicos criterios como un factor constante debido a la complejidad del LES, las manifestaciones pueden variar dependiendo del cuadro clínico del paciente.

A causa de que las primeras manifestaciones de esta enfermedad son manifestaciones en la cavidad bucal, en donde es observable comúnmente una hiperpigmentación de la mucosa bucal, sirviendo como una alerta ante una insuficiencia renal<sup>29</sup>, siendo esta una de las consecuencias que puede generar los pacientes con este tipo de patología. Por ello se debe enfatizar en el refuerzo de una buena higiene bucal y vigilancia continua para cualquier signo de infección en la cavidad bucal<sup>44</sup>.

### **3.2.4 Periodontitis**

La periodontitis se caracteriza por la inflamación gingival crónica que conduce a la destrucción de los tejidos periodontales de soporte de los dientes, y puede conducir a la pérdida de los mismos<sup>45</sup>. El LES y la enfermedad periodontal son enfermedades inflamatorias crónicas cuyos mecanismos patógenos son comunes. A pesar de no estar relacionadas directamente, la enfermedad periodontal contribuye con el desarrollo de la arterioesclerosis, la cual es una de las principales causas de muerte en pacientes con LES<sup>46</sup>.

Teniendo en cuenta que la enfermedad periodontal es caracterizada por factores infecciosos, como el LES, este podría influenciar la progresión de la enfermedad periodontal, y viceversa. Los estudios existentes que evalúan la relación entre el LES y la periodontitis son escasos, la hipótesis de un posible vínculo entre LES y la enfermedad periodontal en cuanto a su actividad deben ser investigados para una mejor comprensión de los procesos patogénicos similares<sup>47</sup>.

En un estudio sobre 15 pacientes con LES, con edades comprendidas entre los 22 y 53 años, se trató de verificar la existencia de correlaciones entre la magnitud del daño periodontal y el índice de actividad lúpica (SLEDAI). En cuanto a la prevalencia de la enfermedad periodontal en el grupo de estudio, el daño periodontal fue evaluado mediante la profundidad de las bolsas periodontales mayores a 3mm, estas se encontraron en 7 pacientes de 15, con una prevalencia que resulta del 46,7 %. Las pequeñas diferencias se identificaron entre la puntuación del índice de actividad lúpica en pacientes que sufren de ambas patologías LES y PD (3,42) y aquellos con los tejidos periodontales sanos (3,5)<sup>46</sup>.

Al analizar los componentes individuales de la puntuación del índice de actividad lúpica, sólo los niveles séricos de complemento (C3) indican una relación estadísticamente significativa con la frecuencia de las áreas de placa visible. Por lo tanto, el aumento en la cantidad de placa, se correlaciona con la reducción de los niveles séricos de C3, que puede explicarse por el consumo de C3 en el curso del proceso inflamatorio sistémico<sup>46</sup>.

A su vez, se pone en manifiesto la relación existente entre enfermedad periodontal y el LES con un total de 75 sujetos del sexo femenino (25 pacientes con LES y 50 controles sanos) el estado periodontal en términos generales fue peor para los pacientes con LES en comparación con los controles sanos, aun así las diferencias no fueron significativas<sup>45</sup>. La evaluación periodontal se basó en el estudio de los niveles de inserción clínica, la profundidad de sondaje, sangrado al sondaje, y los índices de placa. De este modo se da a conocer la posible existencia de una correlación entre dichas patologías<sup>47</sup>.

### **3.3 Tratamientos odontológicos en pacientes con lupus eritematoso sistémico**

Generalmente el paciente que acude a la consulta odontológica conoce su diagnóstico y alguna de las limitaciones que le produce dicha patología, 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 pudiendo dar soluciones a sus necesidades, considerando los riesgos potenciales durante la intervención y las medidas preventivas que sean necesarias para que resulte favorable<sup>49</sup>.

La historia clínica debe iniciar con una anamnesis que mencione datos referentes a la patología sistémica que padece y el respectivo tratamiento farmacológico, debe ir seguida de un examen clínico detallado de los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal<sup>49</sup>. Como no existe un manejo específico, el programa de tratamiento debe ir acorde a las manifestaciones de cada paciente en particular, dependiendo fundamentalmente del tipo de manifestación, severidad, actividad y existencia de otros problemas asociados como embarazo e infecciones<sup>50</sup>.

El tratamiento para el LES es principalmente preventivo, la reversión de la inflamación, el mantenimiento de los estados de la remisión y el alivio de los síntomas<sup>44</sup>. El odontólogo constantemente prescribe anti-inflamatorios no esteroideos, Ácido acetilsalicílico, penicilina, cefalosporinas, tetraciclinas y antimicóticos, estos son medicamentos que tiene alta incidencia de daño renal, si existiera la necesidad de prescribir algún tratamiento para dichos pacientes, se recomienda indicar fármacos que no sean metabolizados renalmente como el acetaminofén para cuadros doloroso, la clindamicina para ciertos cuadros infecciosos<sup>49</sup>.

Es de vital importancia una constante comunicación con el médico tratante para así lograr un mejor desarrollo del tratamiento<sup>49</sup>, ya que es necesaria la eliminación de cualquier foco infeccioso en la cavidad bucal, de no ser así se estaría suprimiendo el tratamiento inmunodepresor y además creando predisposición a infecciones secundarias<sup>11</sup>.

De acuerdo con un resumen de los acuerdos y documentos de consenso de la Academia Americana de Cardiología se recomienda realizar profilaxis antibiótica en todo paciente con cardiopatía predisponente que sea sometido a un procedimiento con riesgo de bacteriemia en cirugía bucal y maxilofacial. La Academia Americana de Cardiología recomienda que, los individuos que presenten riesgo a desarrollar endocarditis bacteriana deben mantener la mejor higiene bucal posible, aunque no está sustentado en la evidencia científica<sup>51</sup>.

Otros autores han llegado a manifestar que; mantener un buen estado de salud bucal, podría reducir las bacteriemias diarias, esto es probablemente más importante al momento de prevenir la endocarditis, que la administración preventiva de antibióticos antes de intervenciones dentales. Es preciso hacer énfasis, en el mantenimiento de una buena salud periodontal como forma de prevención de las bacteriemias y por tanto del riesgo de endocarditis<sup>51</sup>.

También se realizara profilaxis antibiótica en pacientes portadores de prótesis articulares; de acuerdo con la American Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS) existe evidencia aunque limitada que justifica la utilización de profilaxis antibiótica en pacientes con prótesis articulares para prevenir la infección de estas vía hematógena. Al igual que, en pacientes que se encuentran con un estado de inmunidad comprometido, las bacteriemias producidas por procedimientos dentales invasivos pueden resultar peligrosas<sup>52</sup>.

### **3.3.1 Manejo odontológico de pacientes con LES y tratamientos de otras patologías**

En ocasiones los pacientes con LES son tratados con anti-inflamatorios esteroideos e inmunodepresores, estos producirán cambios hematológicos e inmunitarios que afectarán la producción de células de defensa y células de reparación tisular; por ello que se indica profilaxis antibiótica con clindamicina (20mg/kg) una hora antes del procedimiento odontológico<sup>11</sup>, la American Heart Association (AHA) recomienda que el periodo profiláctico no sea extendido por más de 6 a 8 horas en pacientes que padezcan endocarditis bacteriana<sup>52</sup>. Según el tipo de paciente se utilizara profilaxis antibiótica en los procedimientos y técnicas quirúrgicas<sup>51</sup>.

Determinados pacientes son candidatos a profilaxis en procedimientos invasivos, por el contrario los procedimientos no invasivos, no requieren profilaxis en ningún caso<sup>51</sup>; ya que el objetivo de la profilaxis antibiótica es minimizar las consecuencias de la colonización bacteriana, evitando así la proliferación de las bacterias causantes de complicaciones infecciosas post-operatorias, los antibióticos usados para la profilaxis en procedimientos quirúrgicos pueden ser administrados vía intramuscular, oral, endovenosa e incluso tópica. La elección depende del tipo de cirugía, para la mayoría de los procedimientos la vía endovenosa es la más confiable<sup>52</sup>.

Recalcando que 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<sup>49</sup>.

Al igual que los que se encuentren bajo tratamiento con Heparina o Warfarina deben ser tratados lo más conservadoramente posible, evitando los procedimientos quirúrgicos<sup>49</sup>, en presencia de anticuerpos activos, anemia, leucopenia, neutropenia o trombocitopenia; requiriéndose el uso de hemostáticos locales o, en algunos casos, de ser necesaria la intervención quirúrgica en pacientes con LES se debe realizar interdisciplinariamente con un médico inmunólogo un ajuste de dosis de anticoagulante, transfusiones, administración de anti-inflamatorios esteroideos, entre otros, para reducir la actividad clínica de la enfermedad y restablecer parámetros en biometría hemática<sup>11</sup>.

Si el paciente que padece este tipo de patología consume fármacos anticonvulsivantes se debe observar su condición periodontal, planificar profilaxis y un control de irritantes locales cada tres meses, además se debe estar preparado para tratar adecuadamente al paciente en caso de desarrollar algún tipo de agrandamiento gingival. Los pacientes que padezcan de falla renal crónica que sean dializados y necesiten alguna intervención quirúrgica odontológica su planificación debe ser al día siguiente de la diálisis y de esa manera asegurar la eliminación de medicamentos administrados y sus productos<sup>49</sup>.

### 3.3.2 Tratamientos farmacológicos

La mucosa bucal es uno de los tejidos que frecuentemente son afectados por reacciones medicamentosas, de hecho, el 10% de los pacientes ambulatorios ingieren algún medicamento que en ciertas ocasiones pueden convertirse en la causa de la lesión bucal, ejerciendo un determinado efecto en relación con el tratamiento dental el cual puede complicar la terapia en sí<sup>22</sup>.

Los más empleados en el tratamiento para las personas que padezcan manifestaciones del LES son: glucocorticoides tópicos, antiinflamatorios no esteroideos (AINES), antimaláricos, glucocorticoides inmunosupresores y terapias experimentales. Por lo general los AINES son bien tolerados, ninguno es totalmente seguro y se debe tener precaución cuando existe patología gastrointestinal, hepática y renal<sup>50</sup>. Los antimaláricos tienen un largo periodo de protección, ocasionando un efecto contra los brotes de la enfermedad actuando como un modificador de los agentes de la patología, son considerados fármacos seguros y bien tolerados<sup>48</sup>.

- Corticoides

Los corticoides son hormonas esteroideas sintetizadas y liberadas a partir del colesterol a nivel de la corteza suprarrenal. Se incluyen bajo esta denominación, además, una amplia serie de esteroides de síntesis que han sido obtenidos mediante modificación química de la estructura básica de los corticoides naturales<sup>53</sup>.

Estos son utilizados como una alternativa terapéutica, son indispensables para controlar las manifestaciones agudas cuando la enfermedad está activa. No existe en la actualidad un tratamiento específico y los corticoides sistémicos siguen siendo el fármaco de elección, el objetivo del tratamiento es evitar brotes y recurrencias. Si no es posible conseguir esto, al menos se intenta reducir la sintomatología, disminuir el tamaño de las lesiones, su duración, y sobre todo aumentar los períodos intercríticos<sup>53</sup>.

Sin embargo, pueden ser empleados de forma local o sistémica dependiendo del cuadro clínico que presente el paciente con LES, la entidad de que se trate y de la agresividad de la misma. Se puede señalar que debido a la escasez de estudios controlados al respecto, no existe ningún protocolo estandarizado, y las combinaciones y posibilidades terapéuticas son múltiples<sup>53</sup>.

– Vía sistémica:

La Prednisolona es uno más utilizado. Las dosis oscilan dependiendo de la gravedad del caso entre 50-120 mg/d, luego van disminuyéndose de forma paulatina (10% semanales) a lo largo de varias semanas una vez controlado el brote inflamatorio<sup>53</sup>.

– Vía tópica:

En lesiones localizadas a nivel de cavidad bucal la aplicación tópica es la de elección ya que, en este tipo de lesiones se busca una acción a nivel local y se intenta evitar al máximo el efecto sistémico<sup>53</sup>.

Se prescriben los colutorios cuando las lesiones son múltiples. Las pomadas y los geles cuando estén más localizadas, se recomiendan aplicar el tratamiento de 3 a 5 veces al día después de las comidas por un periodo de 4 – 6 semanas dependiendo de la evolución de las lesiones. En caso de que las lesiones sean de difícil acceso se pueden utilizar aerosoles, y en aquellas lesiones únicas y resistentes al tratamiento es posible aplicar corticoides mediante infiltraciones perilesionales, estas especialmente indicadas para las lesiones dolorosas, localizadas, de cicatrización lenta<sup>53</sup>.

Los efectos secundarios de la ingesta crónica de Corticoesteroides son: alteraciones de la inmunidad, insuficiencia suprarrenal, aterosclerosis, hipertensión, hipercolesterinemia, la hiperglucemia, acné, cataratas<sup>44</sup>. Además de los efectos ya conocidos, el tratamiento con glucocorticoides sistémicos provocan manifestaciones orales tales como la candidiasis orofaríngea, cambios en el sistema trabecular de la mandíbula y el maxilar superior, a su vez proporciona daños en el tejido periodontal marginal<sup>46</sup>.

### 3.4 Diagnóstico diferencial

Existe divergencia en la literatura en cuanto al criterio del diagnóstico para el lupus en cavidad bucal desde el punto de vista histológico, y eso se debe a que comparte características microscópicas similares con sus principales diagnósticos diferenciales que son liquen plano, leucoplasia y estomatitis aftosa, existen lesiones bucales con un aspecto clásico de estrías blanquecinas irradiadas de un centro atrófico o ulcerativo, estas lesiones son las que tienen mayor tendencia a ser confundidas con el liquen plano<sup>9</sup>.

El liquen plano (LP) es una enfermedad crónica autoinmune mediada por los linfocitos T que implica el tejido epitelial escamoso estratificado de etiología desconocida; los pacientes experimentan un dolor de leve a severo en la cavidad bucal que puede impedir incluso la ingesta de alimentos y comprometer el estado nutricional de quien la padece<sup>54-57</sup>. Se presenta primordialmente en mujeres entre la cuarta y quinta década de vida. De manera análoga, el LES es una enfermedad autoinmune, multifactorial, crónica y de causa desconocida que suele manifestarse más que todo al igual que el LP en mujeres en edad reproductiva<sup>20,22</sup>.

Es por esto que algunos autores recomiendan plantear un diagnóstico diferencial entre ambas patologías en vista de la similitud existente entre las mismas. El diagnóstico del liquen plano se debe hacer mediante el examen clínico e histológico. Las manifestaciones clínicas de esta patología varían ampliamente y en algunos casos puede tener un inicio silencioso y ser pasado por alto en el examen clínico. En esta afección se suelen presentar periodos alternados de exacerbación que se asocian con periodos del estrés psicológico, ansiedad y el trauma mecánico<sup>54</sup>.

El liquen plano presenta formas clínicas que han sido descritas para un mejor diagnóstico, tales son: reticulado, tipo placa, erosiva, papular, atrófica y ampollar. La forma reticular del LP es la más común siendo relativamente asintomática. El LP en sus clasificaciones como erosivos, atrófico y ampollado se caracteriza por ser más sintomático, es por ello que se recomienda al paciente solicitar ayuda médica<sup>58</sup>.

Existe la posibilidad de que se presenten dudas al momento de definir el diagnóstico, en este punto, se recomienda examinar cuidadosamente la capa profunda de las mucosas subyacentes, el epitelio y a la dermis de la piel, lo que constituye el corion profundo donde el infiltrado perivascular es característico del LES y no del LP. Otra técnica factible para plantear un diagnóstico diferencial sería la inmunofluorescencia directa (IFD) en el LES, la cual pretende poner en manifiesto inmunoglobulinas (IgG e IgM) y factores del sistema de complemento por medio de una banda fluorescente granular continua o discontinua en la zona de la membrana basal llamada “banda lupica”.

Es importante para el diagnóstico del LES que la IFD muestre resultados positivos, pues de esta manera reviste mayor importancia aun por el hecho de que estos depósitos rara vez se observan en el LP y Leucoplasia<sup>59</sup>.

Existen casos donde la histopatología se manifiesta de manera atípica representando un problema resaltante para el diagnóstico definitivo. En estas ocasiones la IFD es una de las herramientas más factibles para establecer el diagnóstico diferencial entre el LP y el LES. Si la IFD es positiva para fibrinógeno estaremos en presencia de LP, por el contrario si dicha herramienta es positiva para inmunoglobulinas o factores de complemento será LES. En episodios donde la IFD es negativa se recomienda basarse en las manifestaciones cutáneas y sistémicas que pueda estar presentando el paciente<sup>9</sup>.

Cabe destacar que las lesiones bucales de LES también pueden ser inducidas por fármacos y parecerse a las de liquen plano erosivo, con zonas irregulares de eritema o ulceraciones bordeadas por estrías queratósicas, afectando tanto la mucosa como el paladar y los tejidos alveolares<sup>60</sup>. De igual manera muchos estudios han hecho referencia a la hipersensibilidad que presentan los pacientes a ciertos materiales dentales como la alergia al mercurio de las amalgamas dentales, compuesto acrílicos entre otros a los cuales presentan reacciones liquenoides<sup>59,61</sup>.

Por consiguiente, la prevalencia del LP en la población en general varía. La importancia del diagnóstico y control del LP y el LES radica en que son enfermedades consideradas como cancerizables<sup>57</sup>. Por tal razón, es necesario para el odontólogo conocer las características clínicas, histopatológicas e inmunológicas de cada enfermedad para poder establecer diferencias y obtener un diagnóstico concreto<sup>60</sup>.

#### **4. Conclusiones**

El Lupus Eritematoso Sistémico tiene consecuencias en la cavidad bucal, las lesiones pueden presentarse asintomáticas y su presencia es determinante para el diagnóstico, siendo la fotosensibilidad uno de los factores ambientales que tiene mayor incidencia en las manifestaciones de dicha patología. En relación a la periodontitis, cabe destacar que su desarrollo se caracteriza por factores infecciosos que pueden influenciar el avance del LES.

En base a los resultados es necesaria la realización de una anamnesis para plantear un buen tratamiento para dichos pacientes, pues estos dependerán del cuadro patológico que esté presente, ya que no existe una cura y un manejo específico y a su vez facilitara el diagnóstico diferencial entre el LES y el liquen plano, pues ambos presenta similitudes.

A tal fin, se sugiere al odontólogo conocer las características clínicas que presenta el LES para obtener un diagnóstico preciso para un mejor manejo del paciente que la padece. Por las razones expresadas, se recomienda al investigador realizar más estudios basados en la relación de la periodontitis con el LES y al mismo tiempo la realización de una búsqueda que fundamente el predominio de un tratamiento específico para esta patología.

## 5. Referencias

1. Bethencour B, Lupus Eritematoso Sistémico. *Protocdiagn ter pediatri*[Internet], 2014 [acceso 21 de febrero del 2016]; 1:71-7. Disponible en: [http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/08\\_lupus\\_eritematoso\\_sistemico.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/08_lupus_eritematoso_sistemico.pdf).
2. Ragnar. Lupus Eritematoso Sistémico: Generalidades y consideraciones en el manejo odontológico[Internet], Nov. 2015 [acceso 21 de febrero del 2016]. Disponible en: <http://matiassanmartin.com/lupus-eritematoso-sistemico-generalidades-yconsideraciones-en-el-manejo-odontologico/>.
3. Rodríguez S, et al. Lupus eritematoso: enfermedad autoinmune sistémica y órgano específica. *Revista Biomedica* [Internet], 2004 [acceso 23 de febrero de 2016]; 15 (3): 173-179. Disponible en: <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb041535.pdf>
4. Ju-Yang Jung, Jin-Young Nam, Hyoun-Ah Kim, and Chang-HeeSuh, Elevated Salivary Alpha-Amylase Level, Association Between Depression and Disease Activity, and Stress as a Predictor of Disease Flare in Systemic Lupus Erythematosus A Prospective Case – Control Study *Medicine*, 1994; (30) : e1184. DOI: 10.1097/MD.0000000000001184
5. Cruz R, Morales S, Bello J, Delfín J, Martínez, Orozco L. Lupus eritematoso sistémico (LES): genómica de la enfermedad. *Gaceta Médica de México* [Internet],2012 [acceso 16 de febrero del 2016]; 148:371-80. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2012/gm124e.pdf>.
6. Vallecillo M, Becerra J. Lupus eritematoso sistémico y embarazo. Revisión de la literatura [Internet], 2006 [acceso 18 de febrero del 2016]; 74:209-21. Disponible en: <http://ns.bvs.hn/RMH/pdf/2006/pdf/Vol74-4-2006-9.pdf>.
7. Shanying C. Xuejuan sun, Bide W. Rodriguez P. Pregnancy in Women with Systemic Lupus Erythematosus: A Retrospective Study of 83 Pregnancies at a Single Centre. *Int. J. Environ. Res. PublicHealth* 2015 [acceso 18 de febrerodel 2016]; 12: 9876-9888. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.696.4559&rep=rep1&type=pdf>.

8. Grinspan David. Enfermedades de la Boca Tomo 3. Buenos Aires- Argentina: Editorial Mundi S.A.C.I.F.
9. Lopez J, Moret Y, Villarrod M, Mata de Henning. Manifestaciones Bucales del Lupus Eritematoso. Revisión de la Literatura. Acta Odontologica Venezolana [Internet], 2007 [acceso 18 de febrero del 2016]; 45(2). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/3/pdf/art23.pdf>.
10. Bielsa I, Rodríguez C, Manifestaciones cutáneas del lupus eritematoso. cutáneos manifestativos of lupus erythematosus[Internet], 2010 [acceso 18 de febrero del 2016]; 29 (3): 100-110. Disponible en: <http://www.inmunologia.org/Upload/Articles/8/6/862.pdf>.
11. Contreras P, Ángeles E, Hernández H, Madrigal E, Hernández E, Hernández A. Tratamiento estomatológico interdisciplinario del lupus eritematoso generalizado. Presentación de un caso Acta PediatrMex[Internet],2015 [acceso 18 de febrero del 2016]; 36:330-336. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2015/a pm154d.pdf>.
12. Watson L, Gohar F, Beresford M. Diagnosis and management of juvenile-onset SLE. Pediatrics and child Health [Internet], 2016 [acceso 17 de febrero del 2016], 21:12. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Faekah\\_Gohar/publication/230794229\\_Diagnosis\\_and\\_management\\_of\\_juvenile-onset\\_SLE/links/0912f504797170701c000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Faekah_Gohar/publication/230794229_Diagnosis_and_management_of_juvenile-onset_SLE/links/0912f504797170701c000000.pdf).
13. Labady J, Dorrego M, Gonza N, Perez R, Hennin. Oral manifestations of systemic and cutaneous lupus erythematosus in a Venezuelan population J Oral Pathol Med [Internet], 2007 [acceso 17 de febrero del 2016]; 36: 524–7. Disponible en: <http://piel-l.org/blog/wp-content/uploads/2007/09/173/lopez-et-al-2007.pdf>.
14. Menta M, Romiti R, Lourenco S Oral Lesions in for cases of Subacute Cutaneous Lupus Erythematosus. ActaDermVenereol[Internet], 2011 [acceso 17 de febrero del 2016]; 91: 436–439. Disponible en: <http://www.ingentaconnect.com/content/mjl/adv/2011/00000091/00000004/art00010?crawler=true&mimetype=application/pdf>.
15. Junior A, Catrano M, Klumb E, Diaz E, Silva A. Achadosbuciais e laboratoriais em pacientes con Lupus Eritematoso Sistemico. J Bras Patol MedLab[Internet], 2010 [acceso 16 de febrero del 2016]; 46:479-486. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v46n6/a08v46n6>.
16. Parker Ben, Urocutz M, Gladuam D, et al. Impact of realy disease factors on metabolic syndrome in system lupus erythematosus: data from an international inception cohort. Ann RheumDis[Internet], 2015 [acceso 16 de febrero del 2016]; 74:1530-1536. Disponible en: <http://ard.bmj.com/content/74/8/1530.full.pdf+html>.
17. Zakeri Z, Narouie B, Bakhshipour A, Sarabadani J. Prevalance of oral manifestation in patient with systemic lupus erytematosus (SLE). LifeScienceJournal[Internet], 2012 [acceso 16 de febrero del 2016]; 9(3).Disponible en: <http://www.lifesciencesite.com/ljsj/life0903/1879112life090313071311.pdf>.

18. Long R, Hlousek L, Doyle J. Oral Manifestations of Systemic Diseases [Internet], 2012 [acceso 16 de febrero del 2016]; Disponible en: [https://scholar.google.co.ve/scholar?q=Oral+Manifestations+of+Systemic+Diseases&btnG=&hl=es&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.co.ve/scholar?q=Oral+Manifestations+of+Systemic+Diseases&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5).
19. Chiewchengchol D, Murphy R, Edwards S, Beresford M. Mucocutaneous manifestations in juvenile-onset systemic lupus erythematosus: a review of literature. *Pediatric-Rheumatology*[Internet], 2015 [acceso 16 de febrero del 2016]; 13:1 Disponible en: [https://scholar.google.co.ve/scholar?cluster=648797153731439698&hl=es&as\\_sdt=0,5](https://scholar.google.co.ve/scholar?cluster=648797153731439698&hl=es&as_sdt=0,5).
20. Anger N, Echeverry N, Restrepo P, Gonzales L, Rodriguez L, Vazques G. Manifestaciones bucales en Pacientes con Lupus Eritematoso Sistemico. *Rev. Colomb. Reumatod*[Internet], 2010 [acceso 16 de febrero del 2016]; 17(1):13-21. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Vasquez\\_Gloria/publication/273723212\\_Manifestaciones\\_bucales\\_en\\_pacientes\\_con\\_Lupus\\_Eritematoso\\_Sistmico/links/5512ea890cf20bfdad5279ce.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Vasquez_Gloria/publication/273723212_Manifestaciones_bucales_en_pacientes_con_Lupus_Eritematoso_Sistmico/links/5512ea890cf20bfdad5279ce.pdf)
21. Pinto L, Galera M, Espinosa M, Lima P, Fernandes V, Borges A, ed al. of Hyposalivation in Patients with Systemic Lupus Erythematosus in a Brazilian Subpopulation. *Research Article. International Journal of Rheumatology*, 2014. DOI: 10.1155/2015/730285.
22. Silva M, Rodriguez L, Sisto M. Enfermedad causada por fármacos en Cavidad Bucal. *Medisan*[Internet], 2015 [acceso 21 de febrero del 2016]; 19(11):13-21. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2015/mds1511m.pdf>.
23. Espinosa J, Cervera R, Ingilmo M. Lupus eritematoso sistémico, *JANO* [Internet], 2003 [acceso 20 de febrero del 2016]; 65 (1491). Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/65/1491/57/1v65n1491a13052760pdf001.pdf>.
24. Chaar T, Nogueira B, Dominguez M, Menezes S, Souza P, Menezes T. Manifestaciones Orales en Pacientes Reumatologicos: una Revisión de los Conocimientos. *Int. J. Odontostomat*[Internet], 2015 [acceso 16 de febrero del 2016]; 9(3):413-418. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/ijodontos/v9n3/art10.pdf>.
25. García B, Solís U. Relación entre afecciones bucales y enfermedades reumáticas. *Revista Cubana de Reumatología*[Internet], 2014 [acceso 16 de febrero del 2016]; 3(16): 322-328. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubreu/cre-2014/cre143h.pdf>.
26. Cuevas M, Sanlaureano S, Moya A. Lupus eritematoso sitemico. A propósito de un caso clínico con presentación cutánea. *RevPediatric Aten Primaria* [Internet], 2013 [acceso 16 de febrero del 2016]; 15:55. Disponible en: [http://www.pap.es/files/1116-1574-pdf/pap57\\_e2.pdf](http://www.pap.es/files/1116-1574-pdf/pap57_e2.pdf).
27. Chaar T, et al. Manifestaciones orales en pacientes reumatológicos: una revisión de los conocimientos. *Int. J. Odontostomat*[Internet], 2015[acceso 16 de febrero del 2016]; 9(3): 413-418. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/ijodontos/v9n3/art10.pdf>.
28. Martínez A, Ruiz E, Gómez G. Úlceras orales. *MedClin (Barc)*[Internet], 2005[acceso 19 de febrero del 2016]; 125 (15): 590-7. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Antonio\\_Bascones/publication/7490257\\_Oral\\_ulcers/links/0912f5114034cf3908000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Antonio_Bascones/publication/7490257_Oral_ulcers/links/0912f5114034cf3908000000.pdf).

29. Chi A, Neville B, Krayner J, Gonsalves G. Oral Manifestations of Systemic Disease. *American Family Physician*[Internet],. 2010[acceso 19 de febrero del 2016]; 82 (11): 1381-1388. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2641442/pdf/jnma00710-0011.pdf>.
30. Simonsen M, Aparecida M, Vilela C, Arigbóia E, Lorenzo S. Oral lesions in lupus erythematosus: correlation with cutaneous lesions. *Eur J Dermatol*[Internet], 2008 [acceso 19 de febrero del 2016]; 18 (4): 376-81. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Silvia\\_Lourenco/publication/5282125\\_Oral\\_lesions\\_in\\_lupus\\_erythematosus\\_Correlation\\_with\\_cutaneous\\_lesions/links/0f317534e7832ebdf0000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Silvia_Lourenco/publication/5282125_Oral_lesions_in_lupus_erythematosus_Correlation_with_cutaneous_lesions/links/0f317534e7832ebdf0000000.pdf).
31. Saldanha K, Costa D, Silva J, Jardim E. Lupus eritematoso sistémico en odontología: relato de caso. *Arch Health Invest*[Internet], 2015 [acceso 19 de febrero del 2016]; 4(6):21-24. 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](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).
32. Jimson S, Balachand N, Bobu R. Immunologically mediated oral diseases [Internet], 2015 [acceso 21 de febrero del 2016] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26015713>.
33. Jing L, Zhyum L, Zhizhong Y, Caifeng L, et al. Chinese SLE Treatment and Research Group Registry: III. Association of Autoantibodies with Clinical Manifestations in Chinese Patients with Systemic Lupus Erythematosus. *Journal of Immunology Research*, 2014. DOI 10.1155/2014/809389.
34. Borba E, Araujo D, Borfa E, Shinjo S. Clinical and immunological features of 888 Brazilian systemic lupus patients from a monocentric cohort: comparison with other populations. *LUPUS AROUND THE WORLD* [Internet], 2013 [acceso 21 de febrero del 2016]; 1-6. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Daniel\\_Araujo5/publication/236921428\\_Clinical\\_and\\_immunological\\_features\\_of\\_888\\_Brazilian\\_systemic\\_lupus\\_patients\\_from\\_a\\_monocentric\\_cohort\\_comparison\\_with\\_other\\_populations/links/548ed8a30cf225bf66a74468.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Daniel_Araujo5/publication/236921428_Clinical_and_immunological_features_of_888_Brazilian_systemic_lupus_patients_from_a_monocentric_cohort_comparison_with_other_populations/links/548ed8a30cf225bf66a74468.pdf).
35. Jeleniewski R, Suskied D, Majdan M. Clinical picture of late-onset systemic lupus erythematosus in a group of Polish [Internet], 2015 [acceso 21 de febrero del 2016]; 125 (7-8). Disponible en: [http://pamw.pl/sites/default/files/40\\_Jeleniewicz%20ONLINE.pdf](http://pamw.pl/sites/default/files/40_Jeleniewicz%20ONLINE.pdf).
36. Rabbani M, Shah M, Ahmed A. Cutaneous Manifestations of Systemic Lupus Erythematosus in Pakistani Patients [Internet], 2003 [acceso 18 de febrero del 2016]; 53-11. Disponible en: <http://www.jpma.org.pk/PdfDownload/303.pdf>.
37. Trao J, Werth V. Cutaneous lupus erythematosus flare following exposure to surgical light during a dental procedure. *BHJ case report* [Internet], 2015; doi: 10.1136 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Cutaneous+lupus+erythematosus+flare+following+exposure+to+surgical+light+during+a+dental+procedure.+BHJ+case+report.+2015>.
38. Mejía E. Fisiopatología del lupus eritematoso sistémico. *Revista de medicina e investigación* [Internet], 2013 [acceso 10 de marzo del 2016]; 1(1): 8-16. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pidet\\_articulo=90165398&piden](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90165398&piden)

t\_usuario=0&pcontactid=&pident\_revista=353&ty=5&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=353v01n01a90165398pdf001.pdf.

39. Cortes D, Gonzales N, Diaz M, Gutierrez J, Avila D. Compromiso del sistema nervioso central en el lupus eritematoso sistémico, revcolombreumatol[Internet], 2015 [acceso 12 de marzo del 2016] ;22(1):16–30.
40. Corral C, et al. Apoptosis in chronic cutaneous lupus erythematosus, discoid lupus, and lupus profundus. Int j ClinexpPathol[Internet], 2015 [acceso 10 de marzo del 2016]; 8(6): 7260-7265. Disponible en: <http://www.ijcep.com/files/ijcep0008607.pdf>.
41. Velásquez A, Anaya A, Rodríguez L, Vargas F, Ramírez L, Manifestaciones cutáneas de lupus eritematoso sistémico temprano y correlación con la actividad sistémica [Internet], 2011[acceso 10 de marzo del 2016]; 24(4) 359-364. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v24n4/v24n4a03.pdf>.
42. Saurit V, Campana R, Ruiz A, Duca C, Bertole A, Alvarellos A, et al. Manifestaciones mucocutaneas en pacientes con lupus eritematoso sistémico [Internet], 2003 [acceso 10 de marzo del 2016]; 63:283-287. Disponible en: <http://medicinabuenosaires.com/demo/revistas/vol63-03/4/MANIFESTACIONES%20MUCOCUTANEAS.pdf>.
43. Nico M, Bologna S, Loureno V. The lip in Lupus Erythematosus. Clinical and Experimental Dermatology[Internet], 2004 [acceso 15 de febrero del 2016]; (39): 563-569. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Silvia\\_Lourenco/publication/263166090\\_The\\_lip\\_in\\_lupus\\_erythematosus/links/53e907c60cf2dc24b3c7e98d.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Silvia_Lourenco/publication/263166090_The_lip_in_lupus_erythematosus/links/53e907c60cf2dc24b3c7e98d.pdf)
44. Albilalia J, Lam D, Clokie C, Sandor G. Systemic lupus erythematosus. A review for dentists. JCDA [Internet], 2007 [acceso 10 de marzo del 2016]; 73 (9): 823-828. Disponible en: <http://faculty.ksu.edu.sa/nabanmy/sle1/sle%20review%20for%20dentist.pdf>.
45. Khalid D, Mohammad S, Sami M, Raggan A, Khalid H. Periodontal finding in systemic lupus erythematosus patients and healthy controls. SausiMed J [Internet], 2015 [acceso 13 de marzo del 2016]; 36(4). Disponible en: <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC4404481&blobtype=pdf>.
46. Sianu D, Crotoru A, Cean A, Siam A, Badita D, Stefan C, Aran S, Mihar C. Periodontal disease in patients with systemic lupus erythematosus: cardiovascular risk and side effects of corticotherapy involving oral health. Romanian Journal of Rheumatology [Internet], 2015 [acceso 13 de marzo del 2016]; 24(3). Disponible en: [http://reumato.medica.ro/articles/2015.3/Reumato\\_Nr-3\\_2015\\_Art-1.pdf](http://reumato.medica.ro/articles/2015.3/Reumato_Nr-3_2015_Art-1.pdf).
47. Rubim M, Sete C, Figueredo C, Sztajn bok F. Periodontitis and systemic lupus erythematosus. Rev Bras Reumatol [Internet], 2015 [acceso 18 de febrero del 2016]. Disponible en: [https://scholar.google.co.ve/scholar?cluster=1982935301378652254&hl=es&as\\_sdt=0,5](https://scholar.google.co.ve/scholar?cluster=1982935301378652254&hl=es&as_sdt=0,5).
48. Mosca M, Ruiz G, Khamashta M. Treatment of systemic lupus erythematosus. International immunopharmacology 1 [Internet], 2001 [acceso 15 de febrero del 2016]; 1065-1075. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Marta\\_Mosca/publication/222541118\\_Treatment\\_of\\_systemic\\_lupus\\_erythematosus/links/0fcfd5139285f16811000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Marta_Mosca/publication/222541118_Treatment_of_systemic_lupus_erythematosus/links/0fcfd5139285f16811000000.pdf).

49. Lopez J, Manejo Odontológico del Paciente con Lupus Eritematoso. Acta odontológica [Internet], 2010 [acceso 19 de febrero del 2016]; 48:3. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/3/pdf/art23.pdf>.
50. Molina J. Manejo de paciente con lupus eritematoso sistémico. Consideraciones generales. Acta MedColomb[Internet], 1993 [acceso 15 de febrero del 2016]; 18 (3). Disponible en: [https://scholar.google.co.ve/scholar?cluster=12868488767429891015&hl=es&as\\_sdt=0,5](https://scholar.google.co.ve/scholar?cluster=12868488767429891015&hl=es&as_sdt=0,5).
51. Gutiérrez J, et al. Documento de consenso sobre la utilización de profilaxis antibiótica en cirugía y procedimientos dentales. Oral Surgery Med Patol Oral Cir Bucal. 2016; 11: 188-205.
52. Rodríguez M, et al. Profilaxis antibiótica en estomatología. Odontología San Marquina [Internet], 2004 [acceso 15 de marzo del 2016]; 1(8): 35-38. Disponible en:
53. Llamas S, Esperanza G, Moreno L, La Piedra R. Corticoides: Su uso en patología de la mucosa oral [Internet], 2003 [acceso 13 de marzo del 2016]; 8:248-59. Disponible en: [http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv8\\_i4\\_p248.pdf](http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv8_i4_p248.pdf).
54. Canto A, Freitas R, Müller H, Santos P. Oral lichen lupus (olp): clinical and complementary diagnosis. An Bras Dermatol [Internet], 2010 [acceso 16 de febrero del 2016]; 85(5):669-75. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Paulo\\_Santos7/publication/49678455\\_Oral\\_lichen\\_planus\\_%28OLP%29\\_Clinical\\_and\\_complementary\\_diagnosis/links/0fcfd503f427436b6a000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Paulo_Santos7/publication/49678455_Oral_lichen_planus_%28OLP%29_Clinical_and_complementary_diagnosis/links/0fcfd503f427436b6a000000.pdf).
55. Sugerma P, et al. The pathogenesis of oral lichen planus. Crit Rev Oral Biol Med [Internet], 2002 [acceso 16 de febrero del 2016]; 13(4):350-365. Disponible en: [http://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:61174/savage\\_sugarman.pdf](http://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:61174/savage_sugarman.pdf).
56. Schlosser B. Lichen planus and lichenoid reactions of the oral mucosa. Dermatologic Therapy [Internet], 2010 [acceso 16 de febrero del 2016]; 23: 251–267. Disponible en: <http://www.conovers.org/ftp/Oral%20Lichen%20Planus.pdf>.
57. Tizeira H, Aguas S, Sano S. Transformación maligna del liquen plano bucal atípico: análisis de 32 casos [Internet], Med Oral 2003 [acceso 16 de febrero del 2016]; 8:2-9. Disponible en: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree/v8i1/medoralv8i1p2.pdf>.
58. Kazancioglu H, Erisen M. Comparison of Low-Level Laser Therapy versus Ozone Therapy in the Treatment of Oral Lichen Planus. Ann Dermatol [Internet], 2015 [acceso 16 de febrero del 2016]; 27(5). Disponible en: <http://synapse.koreamed.org/Synapse/Data/PDFData/0140AD/ad-27-485.pdf>.
59. Bascones C, González M, Carrillo A, Bascones A. Liquen plano oral (I). Aspectos Clínicos, etiopatogénicos y epidemiológicos. Avances en Odontostomatología [Internet], 2006 [acceso 16 de febrero del 2016]; 22-1. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v22n1/original1.pdf>.
60. Scully C et al. Update on oral lichen planus: etiopathogenesis and management [Internet], 1998 [16 de febrero 2016]; 9(1):86-122. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Palle\\_Holmstrup/publication/237273964\\_UPDATE\\_ON\\_ORAL\\_LICHEN\\_PLANUS\\_ETIOPATHOGENESIS\\_AND\\_MANAGEMENT/links/0046352f8f0e22638b000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Palle_Holmstrup/publication/237273964_UPDATE_ON_ORAL_LICHEN_PLANUS_ETIOPATHOGENESIS_AND_MANAGEMENT/links/0046352f8f0e22638b000000.pdf).
61. Martínez C, Vilata C. Liquen Plano. Med Cutan Iber Lat Am 2008; 36(5):223-231. <http://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2008/mc085b.pdf>