

## MEDICINA AL DÍA

### MANIFESTACIONES ORALES DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Dr. Jorge Gobaira  
 Dra. Mariela Bobadilla  
 Dr. Manuel Martínez Lavín  
 Servicio de Reumatología  
 Instituto Nacional de Cardiología,  
 México, D. F.

Desde los tiempos hipocráticos de la medicina, el examen de la cavidad oral ha sido utilizado como barómetro fiel del estado de salud o de enfermedad. Las enfermedades reumáticas tienen en común la afección de las articulaciones, muchas de ellas son enfermedades con manifestaciones multisistémicas afectando en ocasiones la cavidad oral, y produciendo entonces una sintomatología bien definida y signología de acceso fácil al explorador, permitiendo recabar datos valiosos para un diagnóstico integral. En el presente artículo se revisan las manifestaciones orales más importantes de las enfermedades reumáticas generalizadas.

Podemos dividir estas manifestaciones en tres grupos: (Tabla No.1).

Tanto la Enfermedad de Behcet como el Síndrome de Sjögren han sido incluídos dentro del grupo I (ver Tabla 1), debido a que las manifestaciones orales de estas patologías

**TABLA I**

- I) Las Manifestaciones orales son necesarias para el diagnóstico:
- a) Enfermedad de Behcet
  - b) Síndrome de Sjögren.
- II) Las manifestaciones orales son frecuentes:
- a) Lupus Eritematoso Sistémico.
  - b) Síndrome de Reiter.
  - c) Esclerosis Sistémica Progresiva.
- III) Las manifestaciones orales como efecto secundario de terapia en enfermedades reumáticas:
- a) Sales de Oro.
  - b) Inmunosupresores.
  - c) Otros.

son hallazgos casi obligatorios para poder formular un diagnóstico de certeza.

#### ENFERMEDAD DE BEHCET:

Originalmente descrita como una triada sindromática compuesta por aftas orales, úlceras genitales e iritis con hipopiación, es reconocida ahora como un padecimiento multisistémico, con un lugar bien establecido entre las enfermedades reumáticas.<sup>1</sup>

La presencia de aftas orales es necesaria para poder hacer el diagnóstico de Behcet, estas aparecen como úlceras recurrentes, dolorosas, indistinguibles de las aftas comunes; tienen borde rojo, cubiertas de un exudado blanco grisáceo o amarillo, localizándose en las mucosas de los carrillos, labios, encías, paladar y lengua, persistiendo de 7 a 14 días; se acompañan de úlceras genitales que se localizan en pene y escroto en el varón, y en vulva y vagina en la mujer, existen además frecuentemente inflamación ocular que pueda dejar secuelas invalidantes.<sup>1</sup>

Aparte de esta triada, en la enfermedad de Behcet hay afección multisistémica, estando involucrado más frecuentemente:

La piel, con el llamado fenómeno Behcetin, que consiste en la aparición de pústulas en los sitios de venopunción, la pododermatitis y el eritema nudoso son lesiones comunes.<sup>2</sup>

Pueden además existir síndromes cerebrales orgánicos, así como también flebitis superficiales y profundas<sup>3</sup> y en la mitad de los casos de Enfermedad de Behcet, hay artritis simétrica, de grandes articulaciones, sin secuela funcional. No hay datos de laboratorio ni histopatológicos característicos, por lo que el diagnóstico es básicamente clínico.<sup>4</sup> Para poder hacer el diagnóstico de Behcet, se deben reunir criterios consignados en la Tabla II.

#### SINDROME DE SOGREN:

Es una enfermedad crónica, inflamatoria, autoinmune, caracterizada clínicamente por sequedad de ojos y boca, que pueden o no estar asociadas a otra enfermedad del tejido conjuntivo, e histológicamente por un infiltrado infla-

**TABLA II. Criterios diagnósticos de Behcet\*****CRITERIOS MAYORES:**

- a)– Ulceras bucales.
- b)– Iritis con hipopión.
- c)– Ulceras genitales.
- d)– Lesiones Dérmicas.  
(Piodermatitis-Eritema nudoso).

**CRITERIOS MENORES:**

- a)– Artritis y/o Artralgias.
- b)– Lesiones vasculares.  
(Flebitis migratoria, trombosis,  
aneurismas, hemorragia retiniana)
- c)– Lesiones en Sistema Nervioso Central.  
(Confusión, meningomielitis).
- d)– Lesiones Gastrointestinales.  
(Mala absorción, Ulceras colónicas).
- e)– Epididimitis.

\* Arthritis and Allied conditions by D. Mc Carty – Ninth Ed. 1979.

matorio de glándulas salivales y lagrimales, produciendo destrucción y disfunción glandular.<sup>5</sup>

Típicamente hay sequedad en la mucosa bucal, con dificultad para deglutir alimentos secos, con el signo de la "galleta salada" positivo, ésto es una reacción de repulsión por parte del paciente ante el ofrecimiento de la galleta. Frecuentemente hay disfonía, caries dentales por déficit de acción bacteriostática de las enzimas salivales, puede existir parotiditis a repetición.<sup>5</sup> El examen físico comprueba esta sequedad bucal, frecuentemente hay queilosis, no existe la colección normal de saliva en el piso de la boca, y el paciente produce un ruido característico al hablar debido al despegue de las mucosas adosadas,<sup>5, 6</sup>. En el laboratorio existen datos de autoinmunidad, como es la presencia de hipergamaglobulinemia, factor reumatoideo y anticuerpos antinucleares. Recientemente se han descrito anticuerpos de gran especificidad en este síndrome, que se han denominado SS-A y SS-B.<sup>5</sup>

Es importante recordar que la xerostomía en ocasiones no es conspicua y el padecimiento se manifiesta en otros

órganos en forma de miocardiopatía, pseudolinfoma, fibrosis pulmonar y/o, acidosis tubular renal.<sup>5, 7</sup>

El diagnóstico se comprueba por medio de biopsia de glándula salival menor de labio inferior, procedimiento este sencillo, inocuo e informador.<sup>8</sup>

Las enfermedades incluídas dentro del grupo II son aquellas en las cuales las lesiones de la mucosa oral son hallazgo frecuente.

En este grupo se han incluído el Lupus Eritematoso Sistémico, el Síndrome de Reiter y la Esclerosis Sistémica Progresiva.

**LUPUS ERITEMATODO SISTEMICO**

Es otro padecimiento autoinmune, inflamatorio y de carácter multisistémico, afectando predominantemente a mujeres jóvenes en la segunda década de la vida. Los datos más sensibles y específicos para el diagnóstico están consignados en la Tabla III.

La presencia de 4 de estos 14 criterios hacen el diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico muy probable.<sup>9</sup>

Las lesiones orales en el L.E.S. han adquirido importancia debido a su alta frecuencia, razón por la cual son de gran ayu-

**TABLA III. CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO**

- 1)– Eritema facial.
- 2)– Lupus Discoide
- 3)– Fenómeno de Raynaud.
- 4)– Alopecia.
- 5)– Fotosensibilidad.
- 6)– Ulceraciones de la mucosa oral o nasal.
- 7)– Artritis no deformante.
- 8)– Células LE positivas.
- 9)– VDRL falso positivo.
- 10)– Proteinuria (más de 3.5 gr.)
- 11)– Cilindruria.
- 12)– Serositis (pleura o pericardio).
- 13)– Psicosis o convulsiones.
- 14)– Anemia hemolítica, leucopenia o trombocitopenia.

da clínica y guía fiel para sospechar reactivación de la enfermedad.

Usualmente son lesiones aftosas localizadas en paladar, lengua o carrillos, generalmente dolorosas, no forman vesículas y debido a que en su patogenia entra en juego el fenómeno vasculítico, desaparecen rápidamente con la terapia esteroidea. La úlcera se inicia como una petequia que progresa hasta semejar una afta, de margen eritematoso y de base de color gris amarillento.<sup>10, 11, 12</sup>

#### SINDROME DE REITER:

Este síndrome comprende una triada de artritis, uretritis y conjuntivitis, la cual afecta principalmente a varones jóvenes y muy probablemente representa una reacción a un proceso infeccioso en sujetos genéticamente predispuestos, ya que el 90 o/o de estos pacientes poseen el antígeno de Histocompatibilidad HLA-B27.<sup>10, 13</sup>

Las lesiones de la mucosa oral aunque no están incluidas en la triada son de mucha ayuda para el diagnóstico. Dichas lesiones son evanescentes indoloras y superficiales; que generalmente pasan desapercibidas para el paciente. Se inician como un disco rojizo, que toma aspecto granular, progresa luego a una úlcera de bordes circinados y en ocasiones forman vesículas, localizándose generalmente en paladar, lengua, mucosa bucal, labios, encías, amígdalas o faringe.<sup>11, 14</sup> Histológicamente dichas lesiones se caracterizan por vacuolización, vesículas llenas de polimorfos nucleares y linfocitos, semejando microabcesos.<sup>11</sup>

Otro hallazgo característico son las lesiones dérmicas psoriátiformes, del tipo de la queratodermia blenorragica o de la balanitis circinada.

#### ESCLEROSIS SISTEMICA PROGRESIVA:

Esta enfermedad generalizada se manifiesta a nivel cutáneo por engrosamiento de la piel con pérdida de la elasticidad, lo que provoca en la cara pérdida de las arrugas (cara de máscara), los contornos de la nariz se afilan, hay telangiectasis en mejillas.

A nivel oral las manifestaciones más frecuentes son: una reducción de la apertura bucal, aparecen pliegues perpendiculares tomando aspecto de "bolsa de tabaco". Existe retracción del labio superior, dejando al descubierto los incisivos superiores adquiriendo el paciente "fascies de pájaro". Ocurre además atrofia de la musculatura de la lengua, produciendo trastornos de fonación. En muy raras ocasiones ocurren ulceraciones de la mucosa oral.

Además la Esclerosis Sistémica Progresiva se acompaña en un buen número de casos con el Síndrome de Sjögren.<sup>15</sup>

#### CLASE III:

Las manifestaciones orales como efecto secundario a terapia en enfermedades reumáticas son relativamente frecuentes:

#### SALES DE ORO:

La terapia con sales de oro ha sido ampliamente usada en la Artritis Reumatoidea.

La Crisoterapia puede producir efectos tóxicos muy se-

rios, siendo las lesiones orales uno de los efectos secundarios más comunes.

La estomatitis con dermatitis son muy frecuentes, pudiendo preceder a cualquier otro signo de toxicidad más serio, de ahí la importancia de que sean reconocidas a tiempo, pues si la droga es suspendida los efectos tóxicos revierten.<sup>16, 17</sup>

La estomatitis inducida por la auroterapia es muy variada y pleomórfica, caracterizada en la mayoría de los casos por erosiones superficiales de la mucosa bucal, paladar o lengua, rodeadas de una gran área eritematosa, pudiendo en ocasiones producir ulceraciones de toda la cavidad oral.<sup>11, 16</sup>

#### INMUNOSUPRESORES Y ANTIMETABOLITOS:

De las drogas usadas como supresores del sistema inmunológico, algunas tienen su lugar en la terapia de las enfermedades reumatológicas generalizadas; entre ellas los derivados de la 6 Mercaptopurina en especial la Aza-tioprina puede en ocasiones inducir hemorragia gingival y estomatitis, de la misma manera sucede con el metotrexate. Ambas pueden producir lesiones ulcerativas y queilitis, en ocasiones muy severas. Típicamente son lesiones en sacabocados.<sup>11, 16, 18</sup>

Esto es importante tenerlo presente porque durante la terapia de una enfermedad reumatológica con una de estas drogas, en ocasiones es difícil diferenciar si dichas lesiones aftosas han sido inducidas por el tratamiento, o son como consecuencia de una reactivación de la enfermedad de base.<sup>19</sup>

#### LEVAMISOLE:

Esta droga usada durante mucho tiempo como antiparasitario ha venido a ocupar un lugar en la terapéutica de las enfermedades reumatológicas, especialmente en la Artritis Reumatoidea.

Se ha visto que la incidencia de lesiones de la mucosa oral inducidas por el levamisole es de alrededor de un 2 o/o, aumentando cuando la droga es usada en pacientes con Artritis Reumatoidea, no existiendo explicación para este fenómeno.<sup>20</sup> Usualmente los efectos tóxicos son de carácter benigno y desaparecen al discontinuar la droga. La droga puede producir gingivitis, estomatitis, y en ocasiones ulceraciones, pudiendo exacerbar una lesión oral preexistente, efecto este paradójico, pues el levamisole ha sido usada con resultados satisfactorios en la estomatitis aftosa recurrente.<sup>21</sup>

Otros estudios reportan que la incidencia de lesiones orales en grupos de pacientes tratados con levamisole y grupos controles tratados con placebo, fue la misma en ambos grupos.

Se ha observado que dichas lesiones ocurren más frecuentemente cuando se usan dosis diarias que cuando se usan dosis intermitentes semanales.<sup>20</sup>

#### OTRAS DROGAS:

Otras drogas de uso reumatológico que han sido incriminadas como productoras de lesiones aftosas son la fenilbutazona, aminopirina y los antimaláricos, pero la ocu-

rencia de dichas lesiones con estos medicamentos es más bien ocasional.

### CONCLUSIONES:

Las enfermedades reumáticas generalizadas, en especial las descritas en la presente revisión, afectan con relativa frecuencia la mucosa de la cavidad oral, produciendo una signología bien definida y de acceso fácil al explorador, por lo que un examen cuidadoso de la cavidad oral es de importancia capital en la evaluación de dichos pacientes. En ocasiones dichas lesiones pueden anteceder por meses a los demás síntomas sistémicos de estas enfermedades. En algunas patologías son hallazgos casi obligatorios para poder formular un diagnóstico preciso, en especial las clasificadas dentro del grupo I (Ver Tabla 1).

En cierto grupo de enfermedades sistémicas como el Lupus Eritematoso Sistémico, además de ser criterio diagnóstico, son un parámetro de actividad de la enfermedad. Las lesiones orales secundarias a medicamentos, especialmente las que ocurren en terapia con sales de oro o penicilamina, son el primer aviso de los efectos tóxicos de la droga, permitiendo al médico la supresión del medicamento antes de que ocurran otros signos mayores de toxicidad. Dichos efectos tóxicos, son en su mayoría reversibles al suspender la droga.

### BIBLIOGRAFIA

- 1.— Enfermedad de Behcet. Reporte de 3 casos y Revisión de la Literatura, Martínez Lavin-M; Reyes López, P. Gaceta Médica de México, 1979 (3n. prensa).
- 2.— Chajek T. and Fainaru M. "Behcet's Disease, Report of 41 cases and a review of the Literature" *Medicine*, 1975, 54;3: 179.
- 3.— O'Duffy J. D. "Summary of International Symposium of Behcet's Disease". *J. Rheumatol*, 1948, 5;229.
- 4.— E. H. R. Lich G. E. "Intermittent and Periodic Arthritic Syndromes". *Arthritis and Allied Conditions*, by D. Mc Carty, Ninth Edition, 1979, Ch: 45, pag. 6, 71, Ed. by Lea and Febiger, Philadelphia.
- 5.— Martínez Lavin, M; Vaughan, M; and Tan E. M. "Autoantibodies and the spectrum of Sjögren Syndrome". *Ann of Int. Med.*, 1979, 91; 185—190.
- 6.— Block, K. J.; et. Al. "Sjögren's Syndrome. A clinical, pathological and serological study of sixty two cases". *Medicine*, 44, 187; 1965.
- 7.— Delaney W. E., and Balogh K. "Carcinoma of the parotid. Gland Associated with benign Lymphoepithelial Lesion (Mikulicz's Disease) in Sjögren Syndrome". *Cancer*, 1966, 19;853-60.
- 8.— Chisholm D. M. and Mason D. K.; "Labial salivary Gland Biopsy in Sjögren's Disease". *J. Clin. Path*, 1968, 21:656—660.
- 9.— Rothfield N. F., "Systemic Lupus Erythematosus: Clinical and Laboratory aspects". *Arthritis and Allied. Conditions* by D. McCarty, 1979, with Ed; Ch 48, pag. 691, Ed. Lea and Febiger, Philadelphia.
- 10.— Cummings N. A. "Oral Manifestations of Connective Tissue Disease". *Postgrad. Med.* 1971, 49; 134—140.
- 11.— Cummings N. A. "The Oral-Mucosal Manifestations of Rheumatic Diseases". *Rheumatology*, Annual Review, Ed. by G.E. Ehrlich, vol. — 4:60—97, 1973.
- 12.— Urman J. D. et. Al. "Oral Mucosal Ulceration in Systemic Lupus Erythematosus", *Arthritis and Rheum.* 1978, 21<sup>1</sup> 58—61.
- 13.— Breverton D. A. et. Al. "Reiter's Disease and HLA B 27", *Lacent*, 1973, Vol. 2, 996.
- 14.— Montgomery, M. M., Poske R. M., Barton E. M. Foxworthy D. T. and Baker L. A. "The Mucocutaneous Lesions of Reiter's Syndrome". *Ann. Int. Med.*, 1959, 51, 99—109.
- 15.— Cipoletti J. F. Buckinglam R. B., Barnes E. L. et Al. "Sjögren's Syndrome in Progressive Systemic Sclerosis". *Ann. Int. Med.* 1977, 9: 199—221.
- 16.— Franckimint P., and Heynem G. "Adverse Reactions to the principal drugs used in Rheumatoid Arthritis" *A. Review J. of Rheumatol.*, 1978, 5; 185.
- 17.— Z vaifler N. J. "Clinical Pharmacology of the Anti-Rheumatic Drugs" (Gold therapy). *Arthritis and Allied. Conditions*. by D. McCarty, Sec. III, p. 335, Ninth ed, 1979. Lea and Febiger, Philadelphia.
- 18.— Staimberg, A. D. and Decker J. L. "Immunoregulatory Drugs". *Arthritis and Allied. Conditions*, Sec. II, p. 375, ninth Ed., 1979, Lea and Febiger, Philadelphia.
- 19.— Observaciones personales.
- 20.— Pinals, R. S. "The Non-Hematological side effects of Levamisole in the treatment of Rheumatoid Arthritis". *A. Review. J. of Rheumatol.* 1978; Vol. 5, Supp 4, pp. 71.
- 21.— Heyning. Van de "Levamisole in the treatment of recurrent aphthous Stomatitis". *J. Layngoscope*, 1978, 88<sup>3</sup>, 522—7.

### REPORTE DEL RADIOLOGO

Viene de la Pag. 31

Se demuestra hiper-aereación moderada de los pulmones consistente con el diagnóstico ya conocido de enfisema. A nivel de los vértices existen cambios fibróticos, consecuencia de patología inflamatoria antigua.

A nivel para-hiliar derecho, correspondiendo con el segmento superior del lóbulo inferior derecho, existe un nódulo pulmonar solitario de aproximadamente 2 cms. de

diámetro, el cual es de bordes no completamente bien definidos y no contiene calcificaciones. La lesión no se aprecia en un examen realizado 14 meses atrás.

A seguidas de este examen el paciente fue sometido a una serie de estudios adicionales, que culminaron con una toracotomía y lobectomía. Diagnóstico Histo-patológico: Carcinoma Broncogénico.