



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**MANIFESTACIONES ORALES EN PACIENTES**

**REUMATOLÓGICOS: REVISIÓN DE LA LITERATURA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO  
DE ODONTÓLOGO**

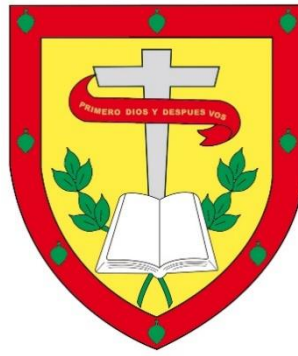
**AUTOR: ANDRÉS SANTIAGO RIVERA CORDERO**

**DIRECTOR: DRA. DORIS ELIANA CALDERÓN ALEMÁN**

**AZOGUES - ECUADOR**

**2021**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

MANIFESTACIONES ORALES EN PACIENTES REUMATOLÓGICOS:  
REVISIÓN DE LA LITERATURA

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO  
DE ODONTÓLOGO**

**AUTOR: ANDRÉS SANTIAGO RIVERA CORDERO**

**DIRECTOR: DRA. DORIS ELIANA CALDERÓN ALEMÁN**

**AZOGUES - ECUADOR**

**2021**


**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

 <p>Universidad Católica de Cuenca</p>	<p><b>DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD</b></p>	<p>CÓDIGO: F – DB – 34 VERSION: 01 FECHA: 2021-04-15 Página 3 de 52</p>
---	---	---

### **Declaratoria de Autoría y Responsabilidad**

**Andrés Santiago Rivera Cordero** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0350017604**. Declaro ser el autor de la obra: “**Manifestaciones orales en pacientes reumatológicos: Revisión de la Literatura**”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Azogues, octubre 2021



F: .....

**Andrés Santiago Rivera Cordero**

**C.I. 0350017604**

**CERTIFICACION DEL TUTOR**

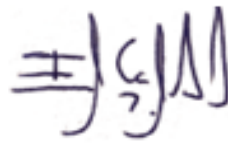
Dra. DORIS ELIANA CALDERÓN ALEMÁN

**DOCENTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA AZOGUES**

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“MANIFESTACIONES ORALES EN PACIENTES REUMATOLÓGICOS: REVISIÓN DE LA LITERATURA”**, realizado por RIVERA CORDERO ANDRES SANTIAGO, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedito para su sustentación.

Azogues, octubre 2021



.....  
Tutor/a: Calderón Alemán Doris Eliana

## DEDICATORIA

Le dedico este trabajo a Dios, porque él siempre me ha dado la suficiente fuerza para seguir en toda mi carrera profesional.

A mis padres, porque todos mis logros son gracias a ellos, por confiar en mí y jamás dejarme abandonado a pesar de las adversidades que pase en mi vida.

A mi tío que siempre me quiso ver como profesional y por esta pandemia ya no lo tengo presente, pero desde el cielo estará orgullo de este logro.

**Andrés Santiago Rivera Cordero**

**EPÍGRAFE**

“Las grandes obras no son llevadas a cabo por la fuerza, sino por la perseverancia.”

**Samuel Johnson**

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecer primeramente a Dios por estar en cada paso de mi vida y darme fuerzas para culminar con esta gran etapa.

A mis padres y hermanos por todo el apoyo y comprensión que me brindaron a pesar de todas las adversidades que pasamos en esta pandemia siempre estuvieron pendientes de todo.

A todos los docentes de la facultad de Odontología que han sido los mejores guías de nuestra etapa universitaria.

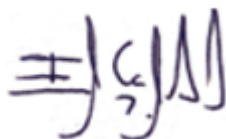
Mi más grato y sincero agradecimiento a la Dra. Doris Calderón Alemán por dedicar su valioso tiempo, apoyándome siempre en toda mi carrera y aún más para lograr este valioso objetivo mi trabajo de titulación.

**Andrés Santiago Rivera Cordero**

**TITULO:****MANIFESTACIONES ORALES EN PACIENTES REUMATOLÓGICOS: REVISIÓN DE LA LITERATURA****RESUMEN:**

**OBJETIVO:** El objetivo de la presente investigación fue aportar información sobre las manifestaciones orales presentes en pacientes reumatológicos. **MATERIALES Y METODOS:** Se realizó un estudio de revisión de la literatura usando las bases de datos digitales Scielo, PubMed, Lilacs, Elsevier y Google Académico, enfocados en las variables de estudio, independientes (enfermedades reumatológicas) y dependientes (manifestaciones orales). Los artículos científicos revisados estaban publicados principalmente en inglés, español y portugués a partir del año 2013 hasta el 2021. **RESULTADOS:** La búsqueda arrojó un total de 60.950 artículos, al aplicar las variables de estudio, criterios de inclusión y exclusión, fueron tamizados a un total de 60, empleados en el análisis de la investigación bibliográfica. Resultando que las principales enfermedades reumatológicas que presentan manifestaciones orales fueron Lupus Eritematoso Sistémico, Síndrome de Sjögren, Esclerosis Sistémica, y Artritis Reumatoide. **CONCLUSIÓN:** Existe importante evidencia científica que las principales manifestaciones orales presentes en pacientes reumatológicos son xerostomía, úlceras orales, gingivitis, enfermedad periodontal y trastornos de la articulación temporomandibular.

*Palabras claves:* Artritis reumatoide, cavidad oral, enfermedades reumáticas, lupus eritematosos sistémico, síndrome de Sjögren.



## **Abstract**

ANDRES SANTIAGO RIVERA CORDERO

**OBJECTIVE:** This research aims to provide information on the oral manifestations present in rheumatological patients. **MATERIALS AND METHODS:** A literature review study was conducted using the digital databases Scielo, PubMed, Lilacs, Elsevier, and Google Academic, focused on the study variables, independent (rheumatological diseases) and dependent (oral manifestations). Reviewed scientific articles were published mainly in English, Spanish, and Portuguese from 2013 to 2021. **RESULTS:** The search exposed a total of 60,950 articles, when applying the study variables, inclusion, and exclusion criteria, they were sifted to a total of 60 used in the analysis of literature research. Being the main rheumatological diseases that present oral manifestations were Systemic Lupus Erythematosus, Sjögren's Syndrome, Systemic Sclerosis, and Rheumatoid Arthritis. **CONCLUSION:** There is important scientific evidence that the main oral manifestations presented in rheumatological patients are xerostomia, oral ulcers, gingivitis, periodontal disease, and disorders of the temporomandibular joint.

***Keywords:*** rheumatoid arthritis, oral cavity, rheumatic diseases, systemic lupus erythematosus, Sjögren's syndrome

## ÍNDICE GENERAL

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>14</b>
<b>METODOLOGÍA</b> .....	<b>15</b>
<b>Criterios de inclusión</b> .....	<b>15</b>
<b>Criterios de exclusión</b> .....	<b>15</b>
<b>Estrategia de búsqueda</b> .....	<b>15</b>
<b>ESTADO DEL ARTE</b> .....	<b>17</b>
<b>Sistema inmunitario</b> .....	<b>17</b>
<b>Componentes celulares y químicos del sistema inmune</b> .....	<b>18</b>
<b>Mecanismos celulares y moleculares de la inmunidad</b> .....	<b>18</b>
<b>Inmunopatología</b> .....	<b>19</b>
<b>Enfermedades reumatológicas con manifestaciones orales</b> .....	<b>20</b>
<b>Síndrome de Sjögren</b> .....	<b>20</b>
<b>Fisiopatología</b> .....	<b>21</b>
<b>Manifestaciones Orales</b> .....	<b>22</b>
<b>Lupus Eritematoso Sistémico</b> .....	<b>23</b>
<b>Fisiopatología</b> .....	<b>23</b>
<b>Manifestaciones orales</b> .....	<b>24</b>
<b>Artritis Reumatoide</b> .....	<b>26</b>
<b>Fisiopatología</b> .....	<b>26</b>
<b>Manifestaciones orales</b> .....	<b>27</b>
<b>Esclerosis Sistémica</b> .....	<b>28</b>
<b>Fisiopatología</b> .....	<b>28</b>
<b>Manifestaciones orales</b> .....	<b>29</b>
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>31</b>
<b>Extracción de información y datos</b> .....	<b>32</b>
<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>38</b>

**CONCLUSIONES .....41**  
**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....42**  
**ANEXOS .....47**

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> Esquema de la inmunidad innata y adaptativa. ....	18
<b>Figura 2</b> Respuesta Inmune Celular.....	19
<b>Figura 3</b> Responsables de la iniciación de la autoinmunidad: factores ambientales, predisposición genética y regulación defectuosa. ....	20
<b>Figura 4</b> Esquema que representa la fisiopatología del Síndrome de Sjôgren.....	21
<b>Figura 5</b> Paciente con síndrome de Sjôgren presentando: xerostomía, queilitis angular, zonas eritematosas y candidiasis bucal. ....	22
<b>Figura 6</b> Esquema de la fisiopatología del Lupus Eritematoso Sistémico. ....	24
<b>Figura 7</b> Vista oral que evidencia la inflamación gingival y sangrado espontaneo en paciente con Lupus Eritematoso Sistémico.....	25
<b>Figura 8</b> Esquema a nivel celular de la fisiopatología de la Artritis Reumatoide en una articulación diartrodial.....	27
<b>Figura 9.</b> Paciente diagnosticado con Artritis Reumatoide con presencia de desviación mandibular.....	28
<b>Figura 10</b> Esquema de la fisiopatología de la Esclerosis Sistémica.....	29
<b>Figura 11</b> Paciente diagnosticada con Esclerosis Sistémica presenta: microstomìa, higiene oral deficiente y periodontitis. ....	30

**INDICE DE TABLAS**

<b>Tabla 1</b> Términos de búsqueda y extracción de utilización en las bases de datos.....	16
<b>Tabla 2</b> Diagrama de flujo general de la elegibilidad de artículos para la revisión. ....	31
<b>Tabla 3</b> Artículos revisados en función de las principales manifestaciones orales en enfermedades reumáticas. ....	32
<b>Tabla 4</b> Prevalencia de enfermedades reumáticas a nivel mundial.....	34
<b>Tabla 5</b> Prevalencia de enfermedades reumáticas en Latinoamérica. ....	34
<b>Tabla 6</b> Prevalencia de las enfermedades reumáticas en el Ecuador. ....	35
<b>Tabla 7</b> Principales enfermedades reumáticas asociadas a manifestaciones orales. ....	35
<b>Tabla 8</b> Manifestaciones orales comunes en las principales enfermedades reumáticas. ....	36
<b>Tabla 9</b> Diagnóstico diferencial entre las enfermedades reumáticas.....	37

## INTRODUCCIÓN

La salud oral es esencial para el bienestar de las personas, se encuentra estrechamente relacionada con la salud general, la cavidad bucal saludable es importante para la salud sistémica general. <sup>1,2</sup> Estudios epidemiológicos que se han realizado en los últimos años afirman que manifestaciones orales patológicas se asocian a múltiples enfermedades autoinmunes, destacando entre ellas las enfermedades reumatológicas. <sup>3,4,5</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta que las enfermedades reumatológicas conocidas comúnmente como reumáticas son la segunda causa de consulta en los hospitales, con una prevalencia de un 20% a nivel mundial. <sup>4,5,6</sup> Estudios realizados en Ecuador demuestran la prevalencia existente de enfermedades reumáticas, de esta manera la osteoartritis y la artritis reumatoide se han convertido en las enfermedades reumáticas más frecuentes. <sup>7,8,9</sup>

Las enfermedades reumáticas (ER) engloba alrededor de 120 padecimientos que afecta por lo general a ambos sexos y todas las edades, se trata de los trastornos inmunológicos que desencadenan una serie de síntomas y signos en distintos órganos y sistemas del cuerpo, representan un problema de salud a nivel mundial debido a la morbilidad y discapacidad que causan, dando como resultados un daño en la calidad de vida de las personas que la padecen.

<sup>10</sup>

Las principales enfermedades reumatológicas que comúnmente presentan manifestaciones orales son: Lupus Eritematoso Sistémico, Síndrome de Sjögren, Esclerosis Sistémica, y Artritis Reumatoide. Entre los signos más frecuentes en la cavidad oral de estas enfermedades destacan: xerostomía, ulceraciones orales, lesiones mucosas con características peculiares, estomatitis aftosa, gingivitis, glositis, mucositis, microstomías, candidiasis oral, queilitis angular, enfermedad periodontal, trastornos de la articulación temporomandibular, reabsorción alveolar y edema glandular. <sup>10,11</sup>

El conocimiento de las manifestaciones orales en estas enfermedades alertará al odontólogo a ampliar la búsqueda de alteraciones sistémicas que apoyarán al diagnóstico médico oportuno y eficaz que permita aplicar el tratamiento correspondiente. <sup>11</sup>

En razón de lo mencionado, se realizó una revisión basada en la evidencia científica disponible, con el objetivo de aportar información sobre las manifestaciones orales presentes en pacientes reumatológicos que acuden a la consulta dental, para facilitar la detección oportuna por parte de los odontólogos y otros profesionales de salud.

## METODOLOGÍA

El presente trabajo está basado en una revisión bibliográfica sobre las manifestaciones orales en pacientes reumatológicos, orientado en el análisis de artículos indexados en revistas especializadas que fueron publicadas en el periodo establecido entre 2013-2021 en bases científicas académicas como Scielo, PubMed, Lilacs, Elsevier y Google Académico, enfocados en las variables de estudio, independientes (Enfermedades reumatológicas) y dependientes (Manifestaciones orales). **Tabla 1.**

### **Criterios de inclusión**

Artículos científicos con información pertinente referente a las manifestaciones de las enfermedades reumatológicas en la cavidad oral.

Artículos científicos publicadas en inglés, español y portugués a partir del año 2013 hasta el 2021.

Artículos de texto completo y aporte de resúmenes.

### **Criterios de exclusión**

Artículos que carezcan de base científica.

Artículos no pertinentes al tema de búsqueda.

Artículos publicados antes del año 2013.

### **Estrategia de búsqueda**

Para la interpretación de la búsqueda se empleó la técnica de análisis y observación, utilizando descriptores tanto en inglés como en español con términos como: “enfermedades reumáticas”, “enfermedades reumáticas y sus manifestaciones orales”, “relación entre enfermedades reumáticas y lesiones orales”, “oral manifestations and rheumatic diseases”, “rheumatic diseases”, “manifestaciones orales en pacientes reumatológicos”, “lupus eritematoso sistémico”, “síndrome de Sjögren” “artritis reumatoide”, “esclerosis sistémica”.

En la búsqueda de información para encontrar los artículos científicos se utilizaron los operadores lógicos “IN”, “AND”, los cuales al incorporar con los descriptores de búsqueda contribuyeron para localizar los artículos. Los idiomas de los artículos revisados estuvieron representados principalmente por el idioma inglés seguido del español y portugués.

**Tabla 1** Términos de búsqueda y extracción de utilización en las bases de datos.

<b>Fuente</b>	<b>Descriptorios de la búsqueda</b>
	Manifestations of rheumatic diseases in stomatognathic apparatus
<b>Google Scholar</b>	Oral manifestations and rheumatic diseases
<b>Lilacs</b>	Manifestaciones orales and enfermedades reumáticas
	Rheumatoid Arthritis, Systemic Lupus Erythematosus, Sjogren Syndrome, Systemic Sclerosis and oral manifestations
<b>PubMed (PMC)</b>	Rheumatic diseases and oral manifestations
<b>Elsevier BV</b>	Manifestations in the oral cavity and rheumatic diseases
<b>Scielo</b>	Manifestaciones and enfermedades reumáticas and cavidad oral

Elaborado por el autor.

## ESTADO DEL ARTE

La salud oral es esencial para el bienestar general de las personas, se ha demostrado en los últimos años la estrecha relación entre las enfermedades sistémicas y la salud bucal.<sup>12,13</sup> Diversas patologías propias de la cavidad oral pueden afectar al organismo o viceversa. Como consecuencia de una enfermedad inmune, las manifestaciones orales son variables tanto en frecuencia como en presentación, y pueden ser el primer indicio de un desorden sistémico como ocurre en las enfermedades reumáticas.<sup>13</sup>

Literalmente, se usa el término enfermedad reumática para describir al conjunto de enfermedades inflamatorias y degenerativas que afectan a articulaciones y tejidos vecinos. Las enfermedades reumáticas, constituyen un problema a nivel mundial, por su morbilidad, discapacidad generada y repercusión en el plano económico. Las enfermedades reumáticas se clasifican en 2 grupos, las de tipo articular y extraarticular. El dolor es el principal síntoma asociado a alteraciones músculo esqueléticas como rigidez, debilidad, inflamación, limitación de movimientos, parestesias, siendo las principales estructuras afectadas las articulaciones, así como tejidos blandos (músculos, tendones, ligamentos e incluso nervios). Este tipo de patologías pueden ser independientes o estar asociadas a una enfermedad sistémica (enfermedad reumática autoinmune), siendo de gran relevancia identificar la naturaleza de la enfermedad para establecer un adecuado diagnóstico, pronóstico y tratamiento.<sup>13, 14</sup>

Según la literatura, las principales enfermedades reumáticas que cursan con manifestaciones orales son: Síndrome de Sjögren, Lupus Eritematoso Sistémica, Artritis Reumatoide y Esclerosis Sistémica, son de naturaleza autoinmune y se caracterizan por una activación incontrolada del sistema inmunológico.

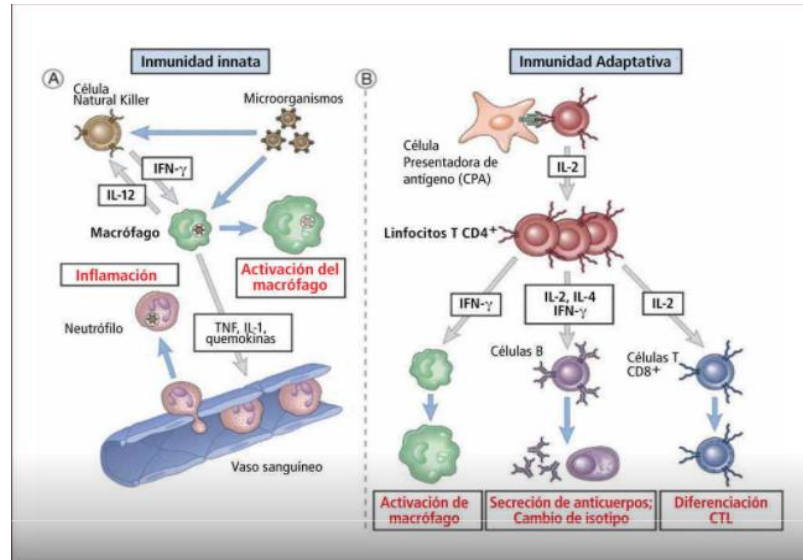
### **Sistema inmunitario**

El cuerpo humano está compuesto por una variedad de defensas contra invasores que pueden ocasionar una enfermedad o lesión, combatiéndolos y destruyéndolos. El objetivo del sistema inmunitario es estar alerta y evitar que los patógenos extraños entren al organismo, estableciendo una inmunidad y resistencia contra factores como virus, bacterias entre otros que causan la enfermedad. A estos cuerpos extraños se les conoce como antígeno que debe ser eliminados por el sistema inmunitario cuando está funcionando adecuadamente.<sup>15</sup>

El sistema inmunitario está compuesto por dos tipos de respuesta inmunitaria: el sistema inmune innato o inespecífica que se encarga de activar al sistema inmune adquirido en respuestas a las infecciones y el sistema inmune adquirido o específico en cambio es el que utiliza los

mecanismos efectores de la inmunidad innata para eliminar los microorganismos. <sup>15</sup> Una representación de la inmunidad innata y adaptativa se muestra en la **figura 1**.

**Figura 1** Esquema de la inmunidad innata y adaptativa.



**Fuente:** Paola TP Dra. *Visión panorámica del sistema inmune. Rev médica Clín Las Condes. 2013;23(4):446–57.*

### Componentes celulares y químicos del sistema inmune

El sistema inmune está compuesto por células inmunitarias (macrófagos, linfocitos) y moléculas que circulan en líquidos corporales provenientes del tejido linfático. Los linfocitos son los encargados de identificar antígenos extraños de manera específica y por consiguiente atacarlos, dentro de estos los principales son los linfocitos B y linfocitos T, los primeros participan activamente en la inmunidad humoral, tienen la capacidad de generar anticuerpos e identifican a los antígenos extracelulares, diferenciándose en células plasmáticas secretoras y los linfocitos T identifican a los antígenos de los microorganismos intercelulares para destruir las células dañadas. <sup>15, 16</sup>

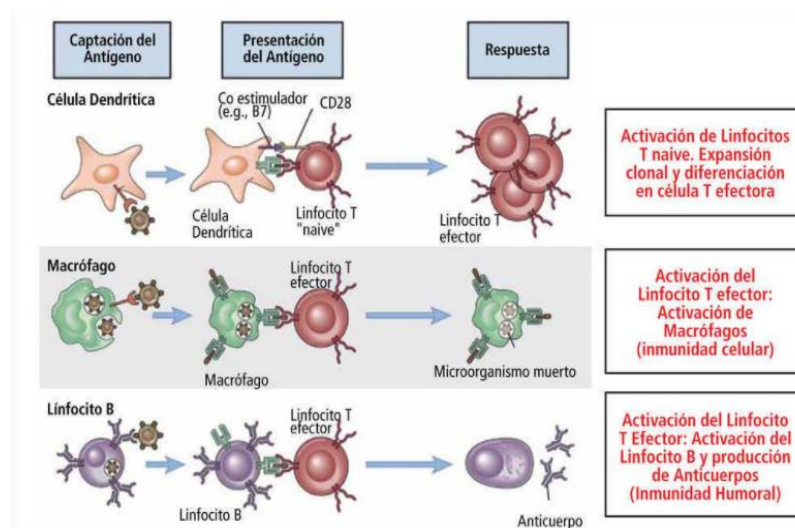
Las células deben estar en constante comunicación para construir un sistema inmune organizado, estas células tienen dos formas de comunicación que puede ser por contacto directo o citocinas. La liberación de citocinas es primordial para determinar la respuesta inmunitaria en la fase de desarrollo. <sup>15,16</sup>

### Mecanismos celulares y moleculares de la inmunidad

La primera línea de defensa del organismo humano es los macrófagos, estas células circulan por el torrente sanguíneo y tejidos del cuerpo es decir son los vigilantes de los antígenos. Cuando un cuerpo extraño ingresa rápidamente un macrófago lo identifica y captura dentro de la célula,

las enzimas dentro de esta célula lo destruyen al antígeno en pequeños pedazos conocidos como péptidos antígenos, estos dentro del macrófago se unen a moléculas llamados antígenos de leucocitos humanos o conocido como HLA. Esta molécula unida al péptido es liberada por el macrófago, en ese momento los linfocitos T reconocen y actúan con el péptido antigénico-HLA que se encuentra en la superficie del macrófago. Después que son reconocidos, los linfocitos T envían señales químicas llamadas citocinas, que atraen más linfocitos T, como también alertan a otros linfocitos de clase B para que generen anticuerpos. En la **Figura 2** se evidencia como los anticuerpos son liberados en la circulación sanguínea para encontrar y unir más antígenos, haciendo que estos invasores no se puedan multiplicar y causar la enfermedad. Finalmente, el fagocito se encarga de eliminar el antígeno del cuerpo. <sup>16</sup>

**Figura 2** Respuesta Inmune Celular



**Fuente:** Paola TP Dra. *Visión panorámica del sistema inmune. Rev médica Clín Las Condes. 2013;23(4):446–57.*

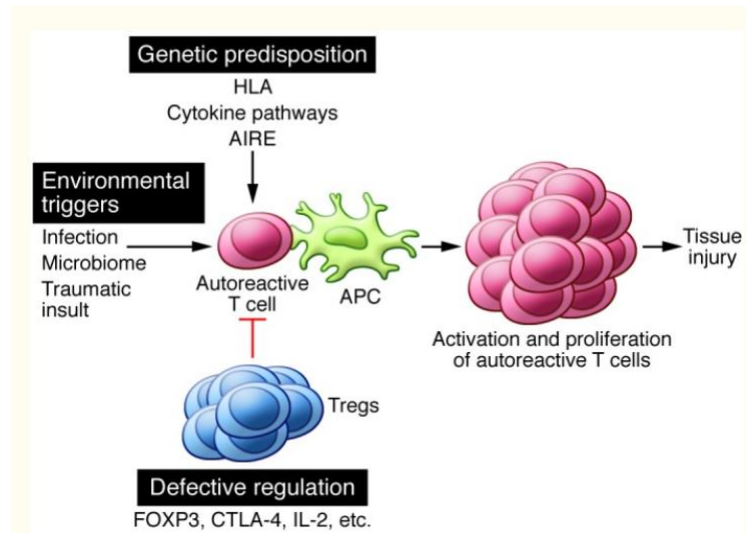
## Inmunopatología

El sistema inmunitario en ocasiones no funciona normalmente como debería hacerlo, produciendo autoinmunidad, es decir la pérdida de tolerancia a lo propio. Los principales causantes de esta autoinmunidad son: la susceptibilidad genética, estímulos ambientales y la regulación defectuosa. <sup>16</sup>

Se menciona que las enfermedades autoinmunes surgen de una combinación de factores ambientales (infección, microbiota) y genéticos; el polimorfismo en varios genes da como resultado una regulación defectuosa para la activación de los linfocitos y por otro lado los factores ambientales aumentan la activación de los linfocitos autorreactivos que han escapado del control. Las células T reguladora (también llamadas Tregs) son linfocitos T que regulan o suprimen las células T autorreactivas, pero los defectos en el desarrollo antes mencionados

hacen que estas sean disfuncionales e incapaces de controlar las respuestas de las células T autorreactivas. Estos factores contribuyen al escape, activación y proliferación de linfocitos autorreactivos que dan como resultado la lesión tisular y enfermedad clínica,<sup>16</sup> como se aprecia en la **figura 3**.

**Figura 3** Responsables de la iniciación de la autoinmunidad: factores ambientales, predisposición genética y regulación defectuosa.



**Fuente:** Rosenblum MD, Remedios KA, Abbas AK. Mechanisms of human autoimmunity. J Clin Invest. 2015;125(6):2228–33.

## Enfermedades reumatológicas con manifestaciones orales

### Síndrome de Sjögren

El síndrome de Sjögren (SS), es un trastorno reumático autoinmune sistémico del tejido conectivo de evolución inflamatoria y crónica que puede afectar a una variedad de órganos y sistemas, se caracteriza por la infiltración linfocítica y destructiva de las glándulas exocrinas lagrimales y salivales provocando queratoconjuntivitis seca (ojos secos), xerostomía (boca seca) y cansancio extremo.<sup>17,18</sup>

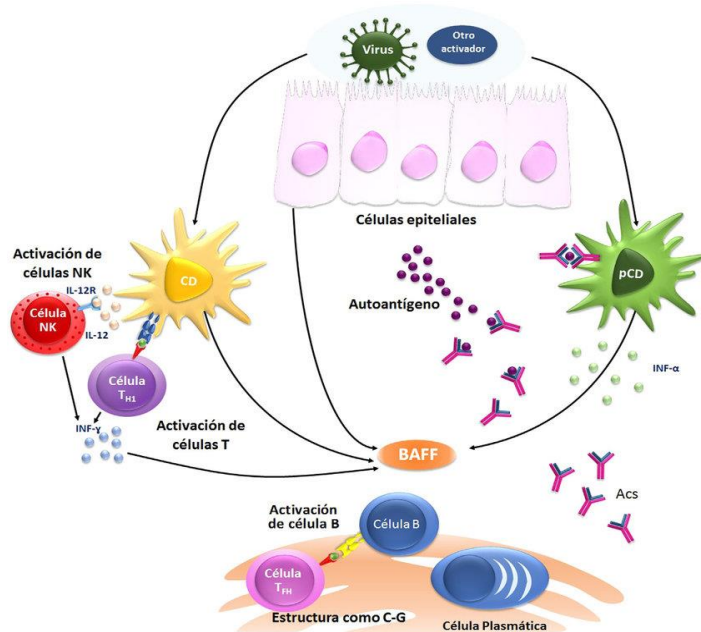
En la actualidad se reconocen dos tipos de la enfermedad: Síndrome de Sjögren Primario (SSp) que produce xerostomía sin la presencia de ninguna otra enfermedad y por el contrario el Síndrome de Sjögren Secundario (SSs) el paciente presenta además de síndrome seco otras enfermedades autoinmunes como puede ser el lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, etc.<sup>18</sup>

## Fisiopatología

Se han propuesto distintos mecanismos de patogénesis del Síndrome de Sjögren, el más relevante es la infiltración de linfocitos B y T en las glándulas exocrinas, provocando una disfunción de las glándulas salivales y lacrimales.<sup>19</sup>

La fisiopatología del Síndrome de Sjögren comienza con problemas en las células dendríticas como también en las células del epitelio glandular, dando como resultado productos apoptóticos. Luego procesos ambientales como: virus e infecciones recurrentes impulsan tanto a las células glandulares como a las células dendríticas a que activen el sistema innato, lo cual potencian a la respuesta adaptativa mediante los receptores Toll, estos a su vez reconocen a los patrones moleculares que han sido compartidos por dichos microorganismos que causan los procesos inflamatorios y también por los productos apoptóticos, llegando a causar respuestas ante los propios antígenos.<sup>19,20</sup> dando como resultado a la activación de las células plasmáticas y la producción de autoanticuerpos que perpetúan el daño tisular e inflamación como se muestra en la **figura 4**.

**Figura 4** Esquema que representa la fisiopatología del Síndrome de Sjögren.



**Fuente:** Bernal S, Reyes V, García C, Salej V, Beltrán J, Mora S, et al. Síndrome de Sjögren Neuropsiquiátrico. *Rev Colomb Reumatol.* 2020; 27: 125-139.

## Manifestaciones Orales

Los principales signos de esta enfermedad se encuentran relacionados con la cavidad oral: la xerostomía (boca seca) como uno de los principales, provocado por una disminución del flujo salival (hipostasia) llegando a presentar un aumento de las infecciones bucales, fragilidad de la mucosa, caries dental debido a la disminución de lubricación y capacidad antimicrobiana de la saliva, es común observar en estos pacientes candidiasis oral manifestada como mucosa oral eritematosa, fisuras linguales, úlceras orales, queilitis angular, mucositis, halitosis y caries rampantes de localizaciones atípicas. Investigaciones demuestran que las personas con Síndrome de Sjôgren tienen mayor prevalencia de presentar cándida albicans, en el cual existen cepas ubicadas atípicamente como en el suelo de la boca, mucosa labial interna provocado por la disminución del flujo salival conllevando a una pérdida de propiedades antifúngicas.<sup>22,23</sup>

En la **Figura 5** se evidencia el caso de un paciente portador de prótesis con xerostomía, presencia de inflamación, erosiones en la mucosa oral, presencia de candidiasis bucal y resequedad labial.<sup>23</sup> La mayoría de los síntomas orales que presenta los pacientes con SS se debe a la hipofunción de las glándulas salivales sobre todo de la glándula parótida, pudiendo llegar a presentar una tumefacción difusa y firme que va aumentando durante el curso de la enfermedad.<sup>24</sup>

Se ha reportado que la enfermedad periodontal y cambios de la mucosa son debidos a la falta de elementos fundamentales que son de defensa en la saliva oral, ya que esta pierde su capacidad de tampón, antimicrobiano y lubricante, esta capacidad alterada vuelve más propenso de padecer infecciones oportunistas, incluso si tuviera la higiene oral adecuada estos pacientes con Síndrome de Sjôgren muestran niveles altos de caries dental.<sup>25</sup>

Los síntomas orales se acentúan al medio día y son más fuertes durante la noche, causan principalmente; dolor y ardor seguido de sequedad bucal, halitosis; dificultando en la fonación, masticación y deglución, esto modifica la calidad de alimentación del paciente.<sup>25</sup>

**Figura 5** Paciente con síndrome de Sjôgren presentando: xerostomía, queilitis angular, zonas eritematosas y candidiasis bucal.



**Fuente:** Cabrera D, Ferrer O, Gonzales L, Cañadilla L, Tallería A. Manifestaciones bucales del síndrome de Sjôgren. Presentación de un caso. Rev Med Electrón. 2016; 38(6): 877-886.

## Lupus Eritematoso Sistémico

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune inflamatoria crónica de origen desconocido, con un espectro de manifestaciones clínicas e inmunológicas muy variado, caracterizado por presentar episodios de exacerbación y remisión, cuya característica más llamativa desde el punto de vista clínico y patológico, es que desarrolla focos inflamatorios en varios tejidos y órganos del cuerpo como es: la piel, articulaciones, vasos sanguíneos, riñón, pulmones, corazón y cerebro. <sup>26</sup>

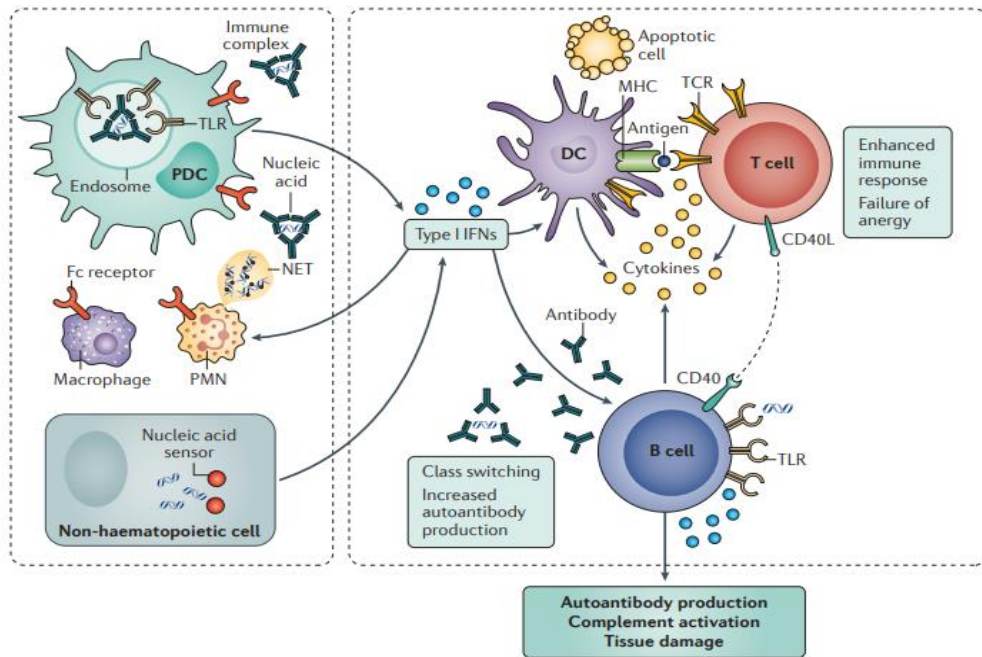
Se trata de una enfermedad que causa morbilidad y mortalidad, debido a su capacidad inflamatoria y procesos infecciosos secundarios, su cuadro clínico varía desde manifestaciones agudas, leves, graves y persistentes pudiendo llegar hasta provocar la muerte. Los síntomas suelen aparecer de manera combinada lentamente de forma que estos van aumentando progresivamente durante un periodo de tiempo indefinido; en varios casos pasan meses o ya sea años para diagnosticar la enfermedad; dentro de los síntomas generales los pacientes suelen presentar fatiga, malestar general y fiebre. <sup>26,27</sup>

## Fisiopatología

Varios factores pueden desencadenar la aparición de la enfermedad: ambientales, genéticos y hormonales. Esta enfermedad se caracteriza por la activación e hiperreactividad de los linfocitos B y formación de autoanticuerpos, estos son mediados por citosinas producidas por los linfocitos T. <sup>28</sup>

Los desencadenantes del sistema inmunológico innato incluyen los ácidos nucleicos, que se encargan de activar sensores citoplasmáticos o restos de células apoptóticas o necróticas, que producen la activación de las células dendríticas (CD) presentadoras de antígeno, promoviendo su capacidad para presentar antígenos (incluyen los autoantígenos) a las células T. La generación de células efectoras T da como resultado una respuesta autoinmune autodirigida, así como la inflamación. El suministro de material apoptótico constante hace que las células B sean impulsadas a producir autoanticuerpos, las generaciones de estos inmunocomplejos preparan el escenario para la inflamación y daño de órganos. <sup>28,29</sup> Una representación de la fisiopatología del lupus eritematoso sistémico se observa en la **figura 6**.

**Figura 6** Esquema de la fisiopatología del Lupus Eritematoso Sistémico.



**Fuente:** Kaul A, Gordon C, Crow M, Touma Z, Urowitz M, van Vollenhoven R, et al. *Systemic lupus erythematosus*. *Nat Rev Dis Primers*. 2016; 2: 16039.

### Manifestaciones orales

Las lesiones orales en pacientes con lupus eritematoso sistémico han sido reportadas hasta en un 50%, con un aumento de las lesiones generalmente ocurriendo durante las fases activas de la enfermedad, estas suelen ser en su mayoría asintomáticas en su inicio, en muchos pacientes pasan desapercibidas evolucionando con brotes y periodos alternados de remisión y exacerbación.<sup>30, 31</sup> Las regiones orales más afectadas en estos pacientes es la parte de la mucosa de las mejillas, el paladar, encías, lengua y labios principalmente el inferior presentando fisuras, sangrado y edema. Estas lesiones por lo general se presentan con ulceraciones bien definidas con aspecto eritematoso variando de tamaño caracterizadas por tener en el centro la forma de pápulas blanquecinas con apariciones de remisión y crisis.<sup>31</sup>

Las úlceras orales y estomatitis recurrentes son unas de las principales manifestaciones del lupus eritematoso sistémico en la cavidad oral, estas se encuentran localizadas en las encías, paladar y mucosa junto con la sensación de ardor, estas lesiones pueden empezar como petequias y desarrollarse a úlceras orales que pueden presentar síntomas dolorosos, cuando estas lesiones se forman tendrán constante irritación por la actividad de la saliva y microflora provocando que la lesión sea crónica.<sup>31, 32</sup>

Una de las implicaciones del lupus eritematoso sistémico es la gingivitis y enfermedad periodontal, los tipos más comunes son la gingivitis marginal y descamativa que tienen una fuerte relación con la acumulación de placa que es retenida por el tejido gingival, esta placa es el resultado de la mala higiene que tienen estos pacientes debido al malestar que presentan en la cavidad oral. La enfermedad periodontal y lupus eritematoso sistémico tienen una estrecha relación por su mecanismo de acción ya que son enfermedades inflamatorias crónicas, la enfermedad periodontal se caracteriza por factores infecciosos como el lupus lo que puede influenciar en la progresión de la enfermedad periodontal y viceversa.<sup>32, 33</sup> En la **Figura 7** se evidencia inflamación gingival una paciente con lupus eritematoso sistémico.

La xerostomía e hipersalivación también son condiciones que ocurren frecuente en los pacientes con LES, esto como resultado de ciertos medicamentos como antiinflamatorios no esteroides, corticosteroides e inmunosupresores. Como resultado de la reducción de la producción de la saliva estos pacientes están predispuestos a desarrollar caries, enfermedad periodontal, candidiasis y aparición de úlceras orales.<sup>33</sup>

Los trastornos de la articulación temporomandibular también son comunes, presentando artritis y artralgia, se menciona que los pacientes sometidos a terapia inmunosupresora para el tratamiento del lupus eritematoso sistémico son más afectados por trastornos de la articulación temporomandibular provocando dificultad en la apertura bucal y cambios de lateralidad.<sup>33</sup>

**Figura 7** Vista oral que evidencia la inflamación gingival y sangrado espontaneo en paciente con Lupus Eritematoso Sistémico.



**Fuente:** Escobar Silva A, Godoy Olave J, Muñoz Cádiz P. Manifestaciones orales de lupus eritematosos sistémico: a propósito de un caso. Bol Hosp Viña del Mar. 2017; 73(3): 99–102.

## Artritis Reumatoide

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune inflamatoria crónica de origen desconocido que causa inflamación de la membrana sinovial de las articulaciones, empieza afectando a las articulaciones pequeñas, causa inflamación en el revestimiento de estas con dolor, reducción en el rango de movimiento, hinchazón que puede persistir durante varios años. La destrucción articular progresa y con el tiempo se vuelve irreversible, por lo tanto, se requiere de un diagnóstico y tratamiento adecuado desde las primeras instancias de la enfermedad.<sup>34</sup>

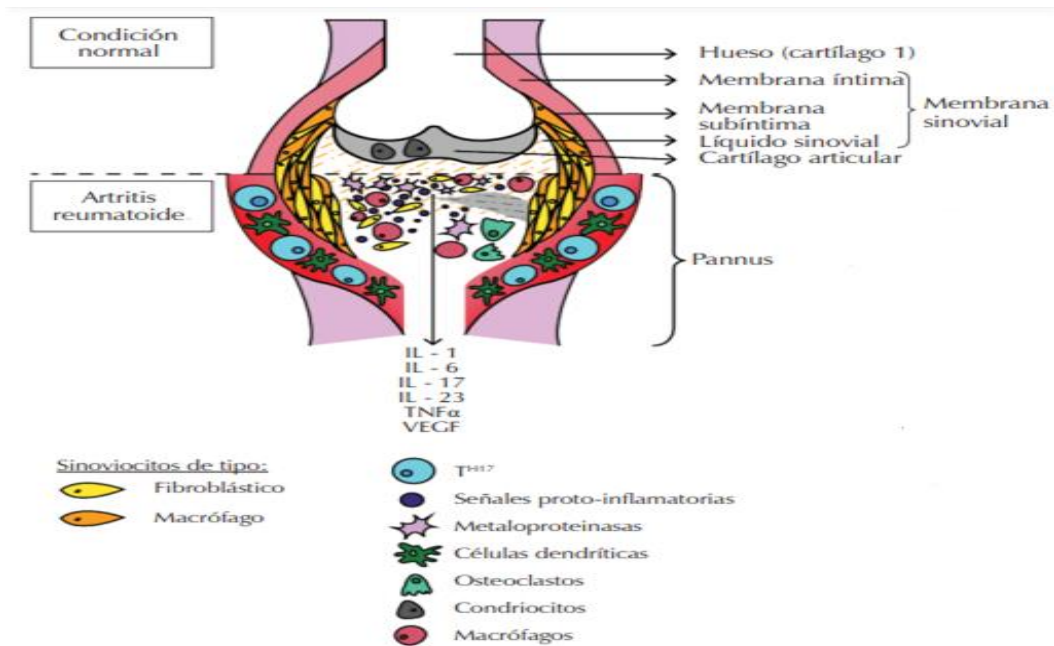
La artritis reumatoide causa discapacidad y mortalidad, afectando a las articulaciones de los codos, tobillos, rodillas, pies, manos y articulación temporomandibular, estas inflamaciones pueden extenderse a otras estructuras anatómicas como la piel, los ojos, el corazón, los riñones y pulmones, con el tiempo esto causa destrucción y deformación observando limitaciones en el movimiento de las personas.<sup>35</sup>

## Fisiopatología

La causa de la enfermedad es aún desconocida, pero se relaciona con factores genéticos y ambientales. La primera etapa de la patogénesis de la artritis reumatoide se caracteriza por la activación de la respuesta inmune, estimulan a las células presentadoras de antígeno (CPA), incluyen (macrófagos, células dendríticas y linfocitos B), estos a su vez estimulan a los linfocitos T desencadenando una cascada de reacciones que promueven a la inflamación en la articulación, causando la formación de un cumulo de células del sistema inmune como son: linfocitos CD<sub>4</sub>, linfocitos B, células dendríticas, neutrófilos, mastocitos, macrófagos y la proliferación descontrolada de las vías de producción e interacción de citocinas proinflamatorias que con el pasar del tiempo derivan en hiperplasia y la neovascularización de la membrana sinovial.<sup>36</sup>

El tejido sinovial inflamado promueve la destrucción de las articulaciones al activar a los osteoclastos, los condrocitos y fibroblastos sinoviales destruyendo al cartílago y hueso vecino. La medula ósea subyacente también es infiltrada por linfocitos T Y B autorreactivos, llegando a ser dañada por los procesos inflamatorios persistentes, este daño se convierte en un nuevo origen de producción de antígenos que finalmente inducen a un estrés biomecánico de la articulación inflamada.<sup>36</sup> **(Figura 8)**.

**Figura 8** Esquema a nivel celular de la fisiopatología de la Artritis Reumatoide en una articulación diartrodial.



**Fuente:** Cisneros CÁF, Felgueres PMJ, Vela JE, et al. Estrategias terapéuticas para la artritis reumatoide: hacia las terapias biotecnológicas. *Investigación en Discapacidad*. 2017;6(2):69-87

### Manifestaciones orales

Una de las manifestaciones orales más significativa en los pacientes con artritis reumatoide es la afectación de la articulación temporomandibular (ATM), con presencia de: desviación de la mandíbula acompañada de cierto dolor, inflamación, ruidos articulares y apreciación de disminución de la movilidad, se menciona que en la mayoría de los casos estos pacientes suelen presentar una mordida abierta anterior como consecuencia de la destrucción y cambios de la anatomía del cóndilo (**Figura 9**). Puede ocurrir a edades tempranas provocando alteraciones en el crecimiento, anquilosis y maloclusión, radiográficamente se puede observar un espacio estrecho de la articulación como también los cóndilos aplanados.<sup>37</sup>

Se manifiesta también la existencia de una cierta relación entre la artritis reumatoide y la enfermedad periodontal, mencionando que estos pacientes son más propensos a desarrollar periodontitis debido a que algunos mediadores de la inflamación en conjunto con las bacterias periodontales son elementos que formarían parte de este desorden.<sup>38, 39</sup>

Es relativamente frecuente observar lesiones como úlceras que no se curan en un periodo de tiempo corto, debido a los fármacos que toman los pacientes con artritis reumatoide. Estos fármacos pueden llegar a desarrollar hiposalia y por lo consiguiente xerostomía.<sup>40</sup>

**Figura 9.** Paciente diagnosticado con Artritis Reumatoide con presencia de desviación mandibular.



**Fuente:** Ibañez N, Vinitzky I, Muñoz S, Irazoque F, Arvizu C, Amper T. *Disfunción de la articulación temporomandibular en pacientes con artritis reumatoide. Rev Esp Cir Oral Maxilofac.* 2017; 39(2): 85-90.

### **Esclerosis Sistémica**

La esclerosis sistémica (ES) es una patología autoinmune con etiología aún desconocida, esta enfermedad presenta ciertas características como es causar fibrosis generalizada en la piel y ciertos órganos, daño microvascular y desregulación de la inmunidad innata y adaptativa, los pacientes por lo general presentan el fenómeno de Raynaud caracterizada por presentar entumecimiento y frío de algunas áreas del cuerpo en ciertas circunstancias.<sup>41,42</sup>

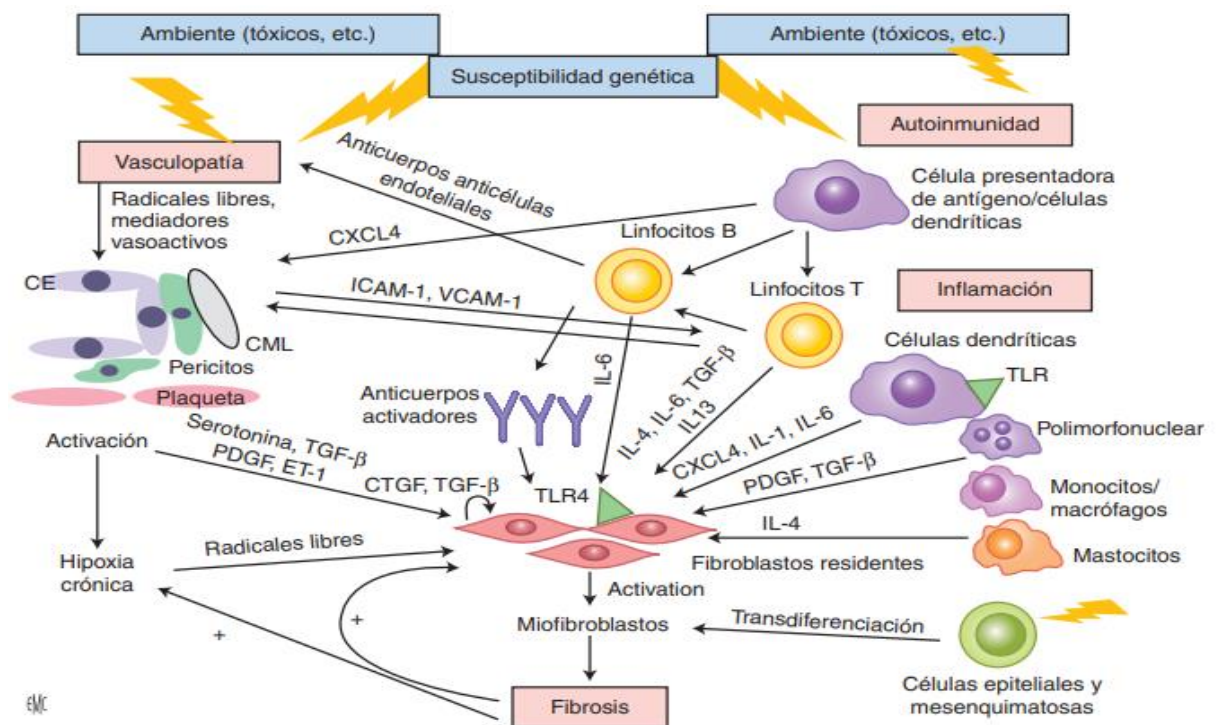
La esclerosis sistémica tiene un alto índice de morbilidad y mortalidad a diferencia de las otras enfermedades reumáticas, su forma de presentación es muy variada dependiendo del tejido mayormente afectado, observándose clínicamente induración progresiva de la piel con compromiso variable de la cara pudiendo llegar a aparecer hiperpigmentación y calcificaciones cutáneas. Esta enfermedad afecta por lo general más a las mujeres.<sup>42</sup>

### **Fisiopatología**

Luego de una exposición a un factor ambiental como puede ser un virus las personas susceptibles a la esclerodermia sistémica activan el sistema inmunitario de manera descontrolada dando lugar a fenómenos de autoinmunidad, esta activación conduce a la producción de citocinas proinflamatorias y profibróticas y a la producción de anticuerpos. Se lesiona el endotelio y comienza su funcionamiento a alterarse provocando la activación plaquetaria, luego las células del músculo liso y los pericitos que están rodeando a las células

endoteliales participan en la remodelación del endotelio favoreciendo a una hipoxia crónica, esto conlleva a una transdiferenciación de las células epiteliales y mesenquimatosas en miofibroblastos. Luego los miofibroblastos reclutados de diferentes fuentes producen ciertas citocinas profibrosas, los linfocitos B comienzan a sintetizar ciertos autoanticuerpos activando a los fibroblastos que se empiezan a diferenciar en miofibroblastos sintetizando cantidades de matriz extracelular llegando a provocar una fibrosis tisular que conduce al daño orgánico.<sup>43, 44</sup> (Figura 10).

**Figura 10** Esquema de la fisiopatología de la Esclerosis Sistémica.



**Fuente:** Elhai M, Avouac J, Kahan A, Allanore Y. Esclerodermia sistémica. EMC - Apar Locomot. 2015;48(3):1-15.

### Manifestaciones orales

Dentro de los hallazgos orales en los pacientes con esclerosis sistémica, es la microstomía, producto de la fibrosis perioral de los tejidos blandos causando restricción en la apertura bucal formando arrugas en los surcos periorales, esto hace que la higiene oral sea deficiente observándose salud gingival y dental deteriorada, lo que conduce a varios trastornos dentales y periodontales como caries dental, gingivitis y periodontitis, ocurriendo problemas de masticación debido a la pérdida de dientes, lo que eventualmente resulta en problemas de alimentación y desnutrición (Figura 11). Producto de la microstomía también se ha reportado que en las

radiografías interproximales y periapicales se observa agrandamiento difuso del ligamento periodontal.<sup>45, 46</sup>

Como parte de los síntomas de la enfermedad también se menciona la presencia de la hipofunción de las glándulas salivales con una pérdida considerable de la producción de saliva generando xerostomía y por consiguiente un aumento de la frecuencia de la caries dental y enfermedad periodontal.<sup>46, 47</sup>

La mayoría de las manifestaciones clínicas comienzan con rigidez de la lengua y endurecimiento de la piel del rostro dando una apariencia similar a una máscara. Otros cambios que también pueden ocurrir son: acortamiento del frenillo de la lengua, cambios en la úvula, telangiectasia, disminución de la distancia interincisal, absorción de los alveolos y neuralgia del nervio trigémino.

<sup>47, 48</sup>

**Figura 11** Paciente diagnosticada con Esclerosis Sistémica presenta: microstomía, higiene oral deficiente y periodontitis.

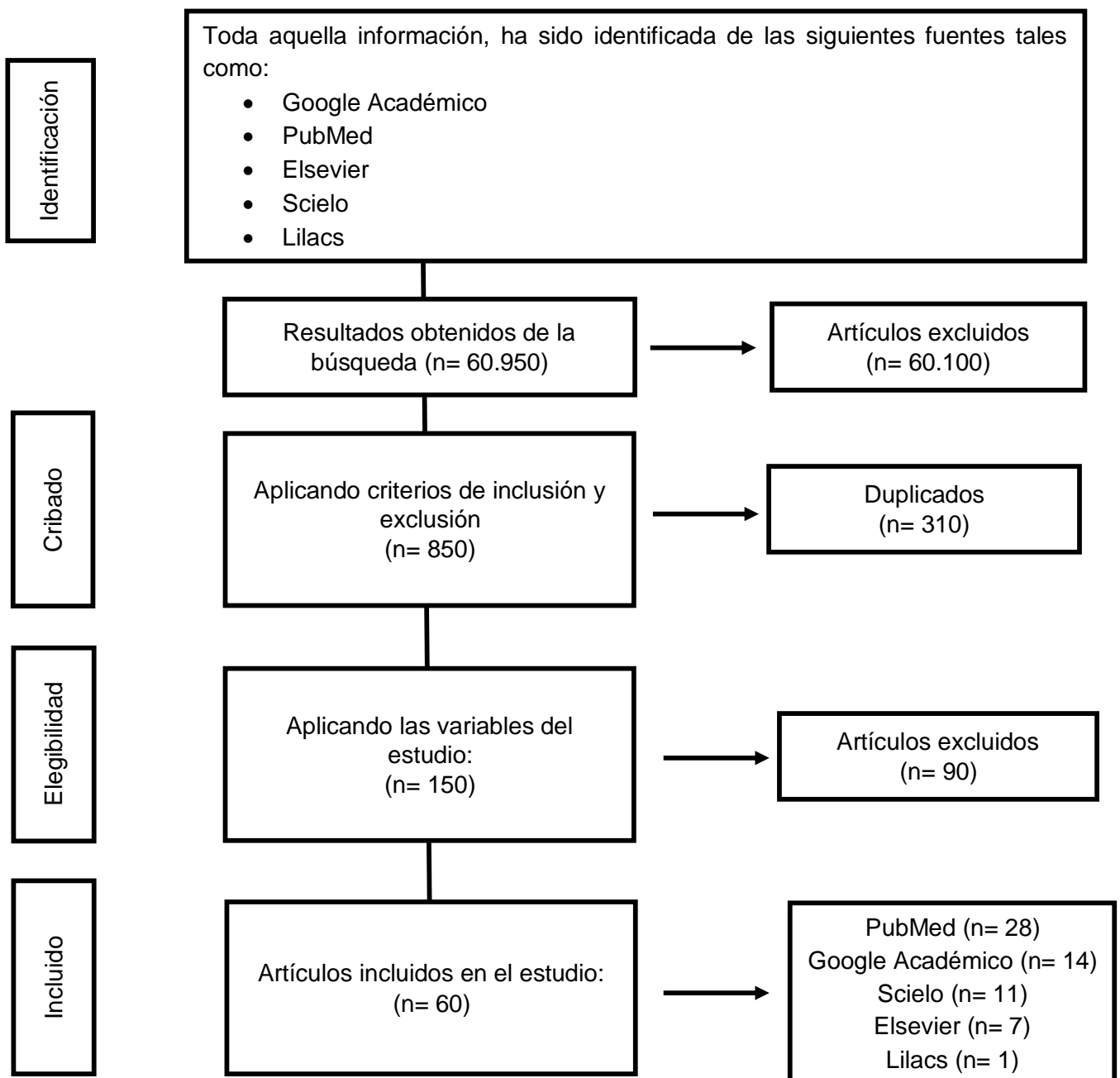


**Fuente:** Srivastava R, Jyoti B, Bihari M, Pradhan S. *Progressive systemic sclerosis with intraoral manifestations: A case report and review. Indian J Dent.* 2016;7(2):99-104.

## RESULTADOS

El resultado de la búsqueda arrojó un total de 60.950 artículos referentes a las enfermedades reumatológicas, luego se tomó en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, obteniendo un total de 850 artículos, de estos, 310 fueron repetidos, posteriormente se aplicó las variables de estudio, se obtuvo un total de 150 artículos, finalmente se mantuvo únicamente los artículos relacionados específicamente al tema de búsqueda: llegando a un total de 60 artículos los cuales fueron empleados en el análisis y resultados de la investigación bibliográfica, como se muestra en la **tabla 2**.

**Tabla 2** Diagrama de flujo general de la elegibilidad de artículos para la revisión.



### Extracción de información y datos

Se utilizó fichas bibliográficas para extraer los datos e información más importante de los estudios, en función de las principales manifestaciones orales en las enfermedades reumáticas revisadas. Los datos incluidos fueron: nombre del autor, año, tipo de estudio, variable y resultado del estudio, como se aprecia en la **tabla 3**.

**Tabla 3** Artículos revisados en función de las principales manifestaciones orales en enfermedades reumáticas.

<b>Autor/ Año</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Variable</b>	<b>Resultado de estudio</b>
Sacucci et al. (2018)	Artículo de revisión.	Manifestaciones orales del lupus eritematoso sistémico y síndrome de Sjögren.	Lupus eritematoso sistémico: lesiones petequiales, enfermedad periodontal. Síndrome de Sjögren: xerostomía, candidiasis oral, enfermedad periodontal.
Turner et al. (2014)	Artículo de revisión.	Enfermedad de las glándulas salivales en el síndrome de Sjögren.	Se produce una hiposialia y por consiguiente xerostomía.
Riega et al. (2016)	Artículo de revisión.	Saliva como método diagnóstico del síndrome de Sjögren.	Entre las manifestaciones orales destacan: xerostomía, candidiasis oral, lesiones mucosas eritematosas, fisuras linguales y queilitis angular.
Zaldívar et al. (2018)	Artículo de revisión.	Identificar signos y síntomas orales y su manejo odontológico en pacientes con síndrome de Sjögren.	Síntomas y signos principales identificados fueron dolor, ardor mucoso, dificultad en la masticación, disgeusia, dificultad en la fonación, palidez de las mucosas, inflamación y candidiasis oral.
Alemán et al. (2018)	Artículo original.	Manifestaciones buco maxilofaciales en pacientes con lupus eritematoso sistémico.	Se identificó grandes afectaciones del complejo bucal como: periodontopatías, eritema facial y trastornos de la articulación temporomandibular.
Hammoudeh et al. (2018)	Estudio piloto.	Prevalencia de manifestaciones orales entre pacientes con lupus eritematoso sistémico.	Estudio encontró altas tasas de gingivitis, enfermedad periodontal, úlceras orales, queilitis y candidiasis oral.
Escobar et al. (2018)	Estudio de caso.	Identificar las características de las lesiones gingivales y mucosa oral asociado al	Entre las manifestaciones orales principales en la paciente se encontró gingivitis, úlceras y lesión tipo leucoplaquia parte interna de las mejillas.

		lupus eritematoso sistémico.	
Cardoso et al. (2020)	Artículo de revisión.	Consecuencias directas en la cavidad bucal provocadas por lupus eritematoso sistémico.	Las consecuencias del lupus eritematoso sistémico en la cavidad oral destacan: gingivitis, enfermedad periodontal, hipo salivación, xerostomía, trastornos de la ATM, úlceras y estomatitis aftosa recurrente.
Ibáñez et al. (2017)	Artículo original de casos y controles.	Comparar la afectación de la articulación temporomandibular entre pacientes sanos y pacientes diagnosticados con artritis reumatoide.	El 75% de los pacientes con AR presentaban una afectación de la articulación temporomandibular acompañado de desviación de la mandíbula, ruidos articulares y limitación en la apertura bucal.
Ramos et al. (2016)	Artículo de revisión.	Enfermedad periodontal y la artritis reumatoide.	Ambas enfermedades tienen una patogenia común, la prevalencia de la enfermedad periodontal es mayor en pacientes con artritis reumatoide y viceversa.
Flores et al. (2017)	Revisión sistemática de ensayos clínicos controlados.	Enfermedad periodontal en la artritis reumatoide.	El tratamiento periodontal redujo signos y síntomas de la artritis reumatoide.
Benz et al. (2021)	Revisión sistemática.	Condiciones patognomónicas orofaciales en pacientes con ES.	Se evidenció cambios orofaciales en los pacientes con ES como: microstomías, fibrosis perioral, hipofunción salival, xerostomía y ulceración de la mucosa oral.
Srivastava et al. (2016)	Artículo de revisión y presentación de un caso.	Manifestaciones intraorales de la esclerosis sistémica	Dentro de las manifestaciones orales se evidenció: microstomia (capacidad limitada para abrir la boca), xerostomía, enfermedad periodontal y aumento del ancho del ligamento periodontal.
Crincoli et al. (2021)	Estudio observacional	Manifestaciones orales y trastornos temporomandibulares en pacientes con esclerosis sistémica.	Se detectó consistentemente un aumento estadísticamente significativo de síntomas orales y trastornos de la articulación temporomandibular en pacientes con esclerosis sistémica.
Bajraktari et al. (2015)	Artículo original, estudio de casos.	Manifestaciones orales comunes en los pacientes con esclerosis sistémica.	Las presentaciones clínicas más frecuentes fueron: microstomia, xerostomía, frenillo lingual más corto y periodontopatías.

**Fuente:** Los autores.

**Tabla 4** Prevalencia de enfermedades reumáticas a nivel mundial.

<b>Enfermedad</b>	<b>Prevalencia</b>
<b>Artritis Reumatoide</b>	0,2 – 1.2%
<b>Síndrome de Sjögren</b>	0,05 – 1%
<b>Lupus Eritematoso Sistémico</b>	0,2 – 0,9 %
<b>Esclerosis Sistémica</b>	0,03 – 0,06%

**Fuente:** Los autores. <sup>(14)</sup> <sup>(20)</sup> <sup>(31)</sup> <sup>(43)</sup>

**Tabla 5** Prevalencia de enfermedades reumáticas en Latinoamérica.

<b>Enfermedad</b>	<b>Prevalencia</b>
<b>Artritis Reumatoide</b>	0,13 – 2,46%
<b>Síndrome de Sjögren</b>	0,08 – 0,28%
<b>Esclerosis Sistémica</b>	0,02 – 0,06%
<b>Lupus Eritematoso Sistémico</b>	0,02 – 0-04%

**Fuente:** Los autores. <sup>(14)</sup> <sup>(21)</sup> <sup>(27)</sup>

**Tabla 6** Prevalencia de las enfermedades reumáticas en el Ecuador.

<b>Enfermedad</b>	<b>Prevalencia</b>
<b>Artritis Reumatoide</b>	0,08 - 3,6%
<b>Lupus Eritematoso Sistémico</b>	0,06 - 1,3%
<b>Síndrome de Sjögren</b>	0,02 – 0,5%
<b>Esclerosis Sistémica</b>	0,01 – 0,02%

**Fuente:** Los autores. <sup>(6)</sup> <sup>(7)</sup> <sup>(8)</sup> <sup>(9)</sup>

**Tabla 7** Principales enfermedades reumáticas asociadas a manifestaciones orales.

<b>Enfermedad</b>	<b>Manifestaciones orales</b>
<b>El síndrome de Sjögren (SS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Xerostomía</li> <li>• Candidiasis oral</li> <li>• Mucosa oral eritematosa</li> <li>• Ulceras orales</li> <li>• Queilitis angular</li> <li>• Mucositis</li> <li>• Enfermedad periodontal</li> </ul>
<b>El lupus eritematoso sistémico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ulceras orales</li> <li>• Gingivitis</li> <li>• Estomatitis</li> <li>• Enfermedad periodontal</li> <li>• Xerostomía</li> <li>• Trastornos de la articulación temporomandibular</li> </ul>
<b>Artritis Reumatoide</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos de la articulación temporomandibular</li> <li>• Desviación mandibular</li> </ul>

---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gingivitis</li> <li>• Enfermedad periodontal</li> <li>• Ulceras orales</li> </ul>
<b>Esclerosis sistémica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Microstomia</li> <li>• Xerostomia</li> <li>• Gingivitis</li> <li>• Enfermedad periodontal</li> <li>• Trastornos de la articulación temporomandibular</li> <li>• Rigidez lingual</li> </ul>

---

**Fuente:** Elaborado por el autor.

**Tabla 8** Manifestaciones orales comunes en las principales enfermedades reumáticas.

---

<b>Enfermedades</b>	<b>Manifestaciones orales comunes</b>
	Ulceras orales
<b>Artritis Reumatoide</b>	Xerostomía
<b>Síndrome de Sjögren</b>	Gingivitis
<b>Lupus Eritematoso Sistémico</b>	Enfermedad periodontal
<b>Esclerosis Sistémica</b>	Trastornos de la articulación temporomandibular

---

**Fuente:** Elaborado por el autor.

**Tabla 9** Diagnóstico diferencial entre las enfermedades reumáticas.

	<b>Síndrome de Sjögren</b>	<b>Lupus Eritematoso Sistémico</b>	<b>Artritis Reumatoide</b>	<b>Esclerosis Sistémica</b>
<b>Síntomas generales</b>	Queratoconjuntivitis Malestar general	Fatiga Malestar general Fiebre	Inflamación de las articulaciones Rigidez articular	Fenómeno de Raynaud Induración de la piel
<b>Manifestación oral principal</b>	Xerostomia	Úlceras orales	Trastornos de la articulación temporomandibular	Microstomia

**Fuente:** Elaborado por el autor.

## DISCUSIÓN

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades reumáticas fueron catalogadas como la segunda causa de discapacidad más reportadas en todo el mundo. <sup>49</sup> Esto concuerda con el resultado de artículos revisados, el cual refieren que las enfermedades reumáticas son una de las causas más frecuentes de discapacidades, alterando la calidad de vida de estos pacientes. <sup>4,5,6,7,8,9,14</sup>

Se evidenció una estrecha relación, entre las enfermedades reumáticas y las manifestaciones orales. Reis et al. (2015) menciona que los tejidos orales están en un directo contacto físico con el cuerpo humano, por lo que las manifestaciones orales pueden surgir como primeras señales de un desorden sistémico. <sup>10</sup> Por otro lado Solís et al. (2014) explica la estrecha relación entre las enfermedades reumáticas y las afectaciones orales no solo es por el proceso inflamatorio o infeccioso que los acompaña, sino que también por muchos procesos inmunopatogénicos que son similares en varios casos. <sup>5</sup>

Gualtierotti et al. (2018) estima que alrededor del 3% de la población padece de una enfermedad reumática inflamatoria crónica y muchos de esos pacientes experimentan manifestaciones orales, en la mayoría de los casos siendo el primer signo clínico. <sup>11</sup>

Estudios realizados en Ecuador con el objetivo de determinar la prevalencia de enfermedades reumáticas destacan a la artritis reumatoide entre una de las más prevalentes con un índice de hasta el 3,6%. <sup>7,8,9</sup> Esto concuerda con un estudio realizado en Colombia, mencionando que la artritis reumatoide es una de las principales enfermedades reumáticas más reportadas. <sup>6</sup>

Se pudo identificar que las enfermedades reumáticas que presentan sus manifestaciones a nivel de los diferentes órganos que componen el aparato estomatológico con mayor relevancia seleccionados en el estudio son: Síndrome de Sjögren, Lupus Eritematoso Sistémico, Artritis Reumatoide y Esclerosis Sistémica. Concordando con Abrao et al. (2016) en su revisión bibliográfica, tienen criterios similares, el cual citan a las mismas enfermedades reumáticas como potencial de manifestaciones orales enfatizando que suelen ser signos tempranos de la enfermedad y que aún se descuidan en la práctica clínica. <sup>50</sup> De igual manera Padney et al. (2018) expone que las manifestaciones orales se pueden encontrar con alta frecuencia y a menudo son los primeros síntomas en estas enfermedades. <sup>51</sup>

Dentro las manifestaciones orales más comunes en estas enfermedades reumáticas se puede destacar la presencia de úlceras orales, xerostomía, lesiones mucosas con características peculiares, enfermedad periodontal y afectación de la articulación temporomandibular. <sup>5,10</sup> La xerostomía es un signo clásico del síndrome de Sjögren con una prevalencia del 90% reportado

en estos pacientes. <sup>11</sup> Coincidiendo con Cabrera et al. (2016) donde reportó un caso de síndrome de Sjögren en el que la xerostomía fue el primer síntoma oral, recalcando que también estaba acompañado de halitosis, candidiasis oral, queilitis angular, dorso lingual con zonas enrojecidas y depapiladas y sensación de sed constante, <sup>52</sup> teniendo controversia con Serrano et al. (2018) en su revisión sistemática que comparaba la tasa de prevalencia de manifestaciones orales entre pacientes con síndrome de Sjögren y pacientes sin síndrome de Sjögren, la queilitis angular fue la principal lesión oral. <sup>53</sup>

En cambio, las úlceras orales tienen una prevalencia de hasta el 50% en los pacientes con lupus eritematoso sistémico, de igual manera se puede apreciar la presencia de enfermedad periodontal como también xerostomía. <sup>11,31,32,33</sup> Gómez et al. (2015) manifiestan que las úlceras orales se presentan como primera manifestación del lupus eritematoso sistémico, siendo un criterio para el diagnóstico. <sup>54</sup> Munthe et al. (2018) en su estudio con el reporte de un caso, refiere que la detección de las lesiones orales juega un papel importante en el diagnóstico del lupus eritematoso sistémico, principalmente si se observa una úlcera palatina en la mucosa masticatoria o queratinizada, especialmente el paladar duro. <sup>55</sup>

En una revisión sistemática y metaanálisis de Rutter et al. (2017) determinaron que hay un aumento estadísticamente significativo del riesgo de periodontitis en pacientes con lupus eritematoso sistémico en comparación con los controles. <sup>56</sup> Concordando con la presente revisión que se evidenció la estrecha relación entre la enfermedad periodontal y el lupus eritematoso sistémico, principalmente debido a la mala higiene bucal en estos pacientes por el malestar que presentan en la cavidad oral. <sup>32,33</sup>

Por otro lado, en la artritis reumatoide los primeros signos que presentan estos pacientes en la cavidad oral es la afectación de la articulación temporomandibular y la presencia de enfermedad periodontal, <sup>38,39</sup> según Ruparelía et al. (2014) siempre se debe sospechar signos y síntomas que involucran articulación temporomandibular con artritis reumatoide, el examen funcional de la articulación temporomandibular puede revelar los primeros síntomas clínicos, por ende, los odontólogos pueden ayudar a estos pacientes a realizar un diagnóstico y tratamiento precoces. <sup>57</sup> Por otro lado, Bingham et al. (2013) indica que la enfermedad periodontal es común en los pacientes con artritis reumatoide, a veces grave y se encuentra en todas las etapas, incluida la enfermedad temprana, de igual manera mencionan que el microambiente periodontal inflamatorio puede desempeñar un papel en el desarrollo de la artritis reumatoide o a su vez aumentar la inflamación sistémica en la propagación de la enfermedad. <sup>58</sup>

Mientras tanto que la microstomia es un signo oral relevante en los pacientes con esclerosis sistémica, causa dificultad en la apertura bucal conllevando a que la higiene oral sea dificultosa

dando como resultado una salud gingival y dental deficiente. <sup>45,46</sup> Concuerta con Wada et al. (2013) en un reporte de caso evidenció que la microstomia en estos pacientes puede interferir considerablemente con la alimentación y las medidas de higiene oral deteriorando la calidad de vida en estos sujetos. <sup>59</sup>

Se reportó que en la esclerosis sistémica también se han observado manifestaciones orales como la hipofunción de las glándulas salivales llegando a producir xerostomía. <sup>46,47</sup> En un reporte de caso de Olivera et al. (2021) menciona que las manifestaciones orales en pacientes con esclerosis sistémica pueden incluir rigidez de la lengua, microstomia e hipersalivación seguidas de xerostomía, esto puede conducir a una mala salud bucal causando impactos adversos en la cavidad oral. <sup>60</sup>

## CONCLUSIONES

Se concluye mediante la revisión de la literatura que:

1. Las enfermedades reumatológicas con mayor prevalencia a nivel mundial, Latinoamérica y Ecuador que se presentan con manifestaciones orales fueron; Síndrome de Sjögren, Lupus Eritematoso Sistémico, Artritis Reumatoide y Esclerosis Sistémica
2. Las manifestaciones orales con mayor relevancia asociadas a las enfermedades reumatológicas fueron; xerostomía, úlceras orales, gingivitis, enfermedad periodontal y trastornos de la articulación temporomandibular, dificultando a los pacientes en la masticación, deglución y fonación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alpert P. Oral health: The oral systemic health connection. *Home Health Care Manag Pract.* 2017;29(1):56–9. DOI: 10.1177/1084822316651658
2. Sabbah W, Folayan MO, El Tantawi M. The link between oral and general health. *Int J Dent.* 2019;2019:7862923. DOI: 10.1155/2019/7862923.
3. João J, Luiza L, Moreira G. Frequência de patologias bucais diagnosticadas em Clínica Odontológica Universitária. *Rev Cubana Estomatol.* 2014; 51(1): 43-54.
4. Mohsin Z, Asghar AA, Faiq A, Khalid I, Ul-Haque I, Rehman S, et al. Prevalence of rheumatic diseases in a tertiary care hospital of Karachi. *Cureus.* 2018;10(6): e2858. DOI: 10.7759/cureus.2858
5. Solís Cartas U, García González V. Relación entre afecciones bucales y enfermedades reumáticas. *Revista Cubana de Reumatología.* 2014;16(3):322–8.
6. Londoño J, Peláez I, Cuervo F, Angarita I, Giraldo R, Rueda J, et al. Prevalence of rheumatic disease in Colombia according to the Colombian Rheumatology Association (COPCORD) strategy. Prevalence study of rheumatic disease in Colombian population older than 18 years. *Rev Colomb Reumatol (Engl Ed).* 2018;25(4):245–56. DOI: 10.1016/j.rcreue.2018.08.003
7. Guevara-Pacheco S, Feicán-Alvarado A, Sanín LH, Vintimilla-Ugalde J, Vintimilla-Moscoso F, Delgado-Pauta J, et al. Prevalence of musculoskeletal disorders and rheumatic diseases in Cuenca, Ecuador: a WHO-ILAR COPCORD study. *Rheumatol Int.* 2016;36(9):1195–204. DOI: 10.1007/s00296-016-3446-y.
8. Guevara-Pacheco SV, Feican-Alvarado A, Delgado-Pauta J, Lliguisaca-Segarra A, Pelaez-Ballestas I. Prevalence of disability in patients with musculoskeletal pain and rheumatic diseases in a population from Cuenca, Ecuador. *J Clin Rheumatol.* 2017;23(6):324–9. DOI: 10.1097/RHU.0000000000000571.
9. Guevara S, Feicán E, Peláez I, Valdiviezo W, Montaleza M, Molina GM, et al. Prevalence of Rheumatic Diseases and quality of life in the Saraguro indigenous people, Ecuador: A cross-sectional community-based study. *J Clin Rheumatol.* 2020;26(7): 139–47. DOI: 10.1097/rhu.0000000000001131.
10. Reis TRC, Nogueira BML, Domínguez MCL, de Menezes SAF, da Silva e Souza P de AR, Menezes TO de A. Manifestaciones Orales en Pacientes Reumatológicos: una Revisión de los Conocimientos. *Int j odontostomatol.* 2015;9(3):413–8. DOI: 10.4067/S0718-381X2015000300010
11. Gualtierotti R, Marzano A, Spadari F, Cugno M. Main Oral Manifestations in Immune Mediated and Inflammatory Rheumatic Diseases. *J Clin Med.* 2018;8(1):21. DOI: 10.3390/jcm8010021

12. Nazir MA, Izhar F, Akhtar K, Almas K. Dentists' awareness about the link between oral and systemic health. *J Family Community Med.* 2019;26(3):206–12. DOI: 10.4103/jfcm.jfcm\_55\_19
13. Kane S. The effects of oral health on systemic health. *Gen Dent.* 2017;65 (6): 30-34.
14. Rat A, El Adssi H. Epidemiología de las enfermedades reumáticas. *EMC - Apar Locomot.* 2013;46(3):1–16. DOI: 10.1016/S1286-935X (13)65505-7
15. Marshall JS, Warrington R, Watson W, Kim HL. An introduction to immunology and immunopathology. *Allergy Asthma Clin Immunol.* 2018;14(2):49. DOI: 10.1186/s13223-018-0278-1.
16. Anchundia Reyes LD, Barcia Guerrero GA. Algunas apreciaciones sobre las enfermedades autoinmunes. *Dominio las Cienc.* 2016;2(3):3–14.
17. Stefanski AL, Tomiak C, Pleyer U, Dietrich T, Burmester GR, Dörner T. The Diagnosis and Treatment of Sjögren's Syndrome. *Dtsch Arztebl Int.* 2017;114(20):354-361. DOI:10.3238/arztebl.2017.0354.
18. Ruiz Gutiérrez L, Pérez Gómez A, Pretel Ruiz P, Barrio Nogal L. Síndrome de Sjögren. *Medicine.* 2017;12(28):1639–44. DOI: 10.1016/j.med.2017.02.012
19. Sandhya P, Kurien B, Danda D, Scofield R. Update on Pathogenesis of Sjogren's Syndrome. *Curr Rheumatol Rev.* 2017;13(1):5-22. DOI: 10.2174/1573397112666160714164149.
20. Méndez DP. Síndrome de Sjögren primario. *Rev Med Costa Rica.* 2016 ;83(619): 395-401.
21. Bernal S, Reyes V, García C, Salej V, Beltrán C, Mora A, et al. Síndrome de Sjögren neuropsiquiátrico. *Rev Colomb Reumatol.* 2020;27:125–39. DOI: 10.1016/j.rcreu.2020.07.004
22. Saccucci M, Di Carlo G, Bossù M, Giovarruscio F, Salucci A, Polimeni A. Autoimmune diseases and their manifestations on oral cavity: Diagnosis and clinical management. *J Immunol Res.* 2018;2018:6061825. DOI: 10.1155/2018/6061825.
23. Turner M. Salivary gland disease in Sjögren's syndrome: sialoadenitis to lymphoma. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2014;26(1): 75 - 81. DOI: 10.1016/j.coms.2013.09.006
24. Riega-Torres JCL, Villarreal-Gonzalez AJ, Ceceñas-Falcon LÁ, Salas-Alanis JC. Síndrome de Sjögren (SS), revisión del tema y saliva como método diagnóstico. *Gac Med Mex.* 2016;152(3):371–80.
25. Zaldívar Pupo OL, Almaguer Pérez D, Leyva Infante M, Castillo Santiesteban Y, Grave de Peralta HM. Manejo estomatológico de pacientes con síndrome de Sjögren. *Correo Científico Médico.* 2018; 22( 2 ): 325-338.

26. González Jiménez D, Mejía Bonilla S, Cruz Fallas M. Lupus eritematoso sistémico: Enfoque general de la enfermedad. *Rev Medica Sinerg.* 2021;6(1): e630. DOI: 10.31434/rms.v6i1.630
27. Marrero WMB, Luna YV, Marrero WAB. Lupus eritematoso sistémico. *Acta Médica del Centro.* 2017;11(1):82–95.
28. Moulton VR, Suarez-Fueyo A, Meidan E, Li H, Mizui M, Tsokos GC. Pathogenesis of human systemic lupus erythematosus: A cellular perspective. *Trends Mol Med.* 2017;23(7):615–35. DOI: 10.1016/j.molmed.2017.05.006.
29. Kaul A, Gordon C, Crow MK, Touma Z, Urowitz MB, van Vollenhoven R, et al. Systemic lupus erythematosus. *Nat Rev Dis Primers.* 2016; 2:16039. DOI: 10.1038/nrdp.2016.39
30. Alemán Miranda O. Repercusión del lupus eritematoso sistémico en la cavidad bucal. *Medisan.* 2018;22(8):770–7.
31. Hammoudeh M, Momani A, Sarakbi H, Chandra P, Hammoudeh S. . Oral manifestations of systemic lupus erythematosus patients in Qatar: A pilot study. *Int J Rheumatol.* 2018;2018:1–6. DOI: 10.1155/2018/6052326
32. Escobar Silva A, Godoy Olave J, Muñoz Cádiz P. Manifestaciones orales de lupus eritematoso sistémico: a propósito de un caso. *Bol Hosp Viña del Mar.* 2017; 73(3): 99–102.
33. Cardoso IL, Leal MFC, Regis RCD. Systemic Lupus Erythematosus and implications for the oral cavity. *mccr.* 2020;3(9):444–53. DOI: 10.15520/mccr.v3i9.142
34. Tanaka Y. Rheumatoid arthritis. *Inflamm Regen.* 2020;40(1). DOI: 10.1186/s41232-020-00133-8
35. Bullock J, Rizvi SAA, Saleh AM, Ahmed SS, Do DP, Ansari RA, et al. Rheumatoid arthritis: A brief overview of the treatment. *Med Princ Pract.* 2018;27(6):501–7. DOI: 10.1159/000493390
36. Cisneros CÁF, Felgueres PMJ, Vela JE, et al. Estrategias terapéuticas para la artritis reumatoide: hacia las terapias biotecnológicas. *Investigación en Discapacidad.* 2017;6(2):69-87
37. Ibáñez N, Vinitzky I, Muñoz S, Irazoque F, Arvizu C, Amper T. Disfunción de la articulación temporomandibular en pacientes con artritis reumatoide. *Rev esp cir oral maxilofac.* 2017;39(2):85–90.
38. Ramos García V, Otero Rey EM, Blanco Carrión A. Relación entre enfermedad periodontal y artritis reumatoide. *Av periodoncia implantol oral.* 2016;28(1):23–7.
39. Flores R, Guerrero A, Valladolid E, Alania J, Alarcón M. Tratamiento de periodontitis en pacientes con artritis reumatoidea: Una revisión sistemática de ensayos clínicos controlados. *Rev estomatol hered.* 2017;27(1):51.

40. Kalogirou EM, Katsoulas N, Tosios KI, Lazaris AC, Sklavounou A. Non-healing tongue ulcer in a rheumatoid arthritis patient medicated with leflunomide. An adverse drug event?. *J Clin Exp Dent*. 2017;9(2):325-328. DOI:10.4317/jced.53428
41. Graña D, Vargas A, Bérez A, Goñi M, Danza A. Esclerosis sistémica: forma de presentación y manejo terapéutico: experiencia de un grupo de trabajo en Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. *Rev Urug med Interna*. 2018;15–22.
42. Allanore Y, Simms R, Distler O, Trojanowska M, Pope J, Denton CP, et al. Systemic sclerosis. *Nat Rev Dis Primers*. 2015;1:15002. DOI: 10.1038/nrdp.2015.2
43. Elhai M, Avouac J, Kahan A, Allanore Y. Esclerodermia sistémica. *EMC - Apar Locomot*. 2015;48(3):1–15. DOI: 10.1016/S1286-935X (15)72882-0
44. Sierra Sepúlveda A, Esquinca González A, Benavides Suárez SA, Sordo Lima DE, Caballero Islas AE, Cabral Castañeda AR, et al. Systemic sclerosis pathogenesis and emerging therapies, beyond the fibroblast. *Biomed Res Int*. 2019;2019:4569826. DOI: 10.1155/2019/4569826
45. Benz K, Baulig C, Knippschild S, Strietzel FP, Hunzelmann N, Jackowski J. Prevalence of oral and maxillofacial disorders in patients with systemic Scleroderma-A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(10):5238. DOI: 10.3390/ijerph18105238
46. Srivastava R, Jyoti B, Bihari M, Pradhan S. Progressive systemic sclerosis with intraoral manifestations: A case report and review. *Indian J Dent*. 2016;7(2):99-104. DOI: 10.4103/0975-962X.184645
47. Crincoli V, Fatone L, Fanelli M, Rotolo RP, Chialà A, Favia G, et al. Orofacial manifestations and Temporomandibular Disorders of systemic Scleroderma: An observational study. *Int J Mol Sci*. 2016;17(7):1189. DOI: 10.3390/ijms17071189
48. Bajraktari I, Kryeziu A, Sherifi F, Bajraktari H, Lahu A, Bajraktari G. Oral manifestations of systemic sclerosis and correlation with anti-topoisomerase I antibodies (SCL-70). *Med Arch*. 2015;69(3):153-156. DOI: 10.5455/medarh.2015.69.
49. Vos T, Allen C, Arora M, Barber R, Bhutta Z, Brown A, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990 - 2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388 (10053):1545 - 602. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31678-6
50. Abrão ALP, Santana CM, Bezerra ACB, Amorim RFB de, Silva MB da, Mota LMH da, et al. What rheumatologists should know about orofacial manifestations of autoimmune rheumatic diseases. *Rev Bras Reumatol Engl Ed*. 2016;56(5):441–50. DOI: 10.1016/j.rbre.2016.02.006

51. Pandey A, Pandey M, Pandey VP, Ravindran V. Oral manifestations of autoimmune connective tissue diseases. *Indian J Rheumatol* 2018;13:264-72. DOI: 10.4103/injr.injr\_51\_18.
52. Cabrera D, Ferrer O, González L, Cañadilla L, Tellería A. Manifestaciones bucales del síndrome de Sjögren. Presentación de un caso. *Rev.Med.Electrón.* 2016; 38(6): 877-886.
53. Serrano J, López RM, Gonzalez J, Fernández M, Casanas E, Hernández G. Oral lesions in Sjogren's syndrome: A systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2018;23(4):e391-e400.
54. Gómez P, de la Teja E, Ceballos H, Elias G, Estrada E, Hernández A. Interdisciplinary dental treatment of lupus erythematosus. A case report. *Acta Pediatr Mex.* 2015;36(4):330–6.
55. Munthe EKM, Sufiawati I. Oral lesions as a clinical sign of systemic lupus erythematosus. *Dent J.* 2018;51(3):147. DOI: 10.20473/j.djmkj.v51.i3.p147-152
56. Rutter Z, Smith T, Giles I, Sofat N. Association between systemic lupus erythematosus and periodontitis: A systematic review and metaanalysis. *Front Immunol.* 2017; 8: 1295. DOI: 10.3389/fimmu.2017.01295
57. Ruparelia PB, Shah DS, Ruparelia K, Sutaria SP, Pathak D. Bilateral TMJ involvement in rheumatoid arthritis. *Case Rep Dent.* 2014;2014:262430. DOI: 10.1155/2014/262430
58. Bingham C, Moni M. Periodontal disease and rheumatoid arthritis: The evidence accumulates for complex pathobiologic interactions. *Curr Opin Rheumatol.* 2013;25(3):345–53. DOI: <https://dx.doi.org/10.1097/FBOR.0b013e32835fb8ec>
59. Wada T, Ram S. Limited mouth opening secondary to diffuse systemic sclerosis. *Case Rep Dent.* 2013;2013:937487. DOI: 10.1155/2013/937487
60. Oliveira AB, Ferrisse TM, Salomão KB, Miranda ML, Bufalino A, Brighenti FL. Photobiomodulation in the treatment of xerostomia associated with hyposalivation in a pediatric patient with systemic scleroderma. *Autops Case Rep.* 2021;11:e2020220. DOI: 10.4322/acr.2020.220

**ANEXOS****CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN**

Od. Esp. PhD Priscilla Medina Sotomayor

**DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN ODONTOLOGÍA**

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“MANIFESTACIONES ORALES EN PACIENTES REUMATOLÓGICOS: REVISIÓN DE LA LITERATURA”**, realizado por **RIVERA CORDERO ANDRÉS SANTIAGO**, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que esta expedito para su presentación.

Azogues, octubre 2021



Firma .....

## Abstract

ANDRES SANTIAGO RIVERA CORDERO

**OBJECTIVE:** This research aims to provide information on the oral manifestations present in rheumatological patients. **MATERIALS AND METHODS:** A literature review study was conducted using the digital databases Scielo, PubMed, Lilacs, Elsevier, and Google Academic, focused on the study variables, independent (rheumatological diseases) and dependent (oral manifestations). Reviewed scientific articles were published mainly in English, Spanish, and Portuguese from 2013 to 2021. **RESULTS:** The search exposed a total of 60,950 articles, when applying the study variables, inclusion, and exclusion criteria, they were sifted to a total of 60 used in the analysis of literature research. Being the main rheumatological diseases that present oral manifestations were Systemic Lupus Erythematosus, Sjögren's Syndrome, Systemic Sclerosis, and Rheumatoid Arthritis. **CONCLUSION:** There is important scientific evidence that the main oral manifestations presented in rheumatological patients are xerostomia, oral ulcers, gingivitis, periodontal disease, and disorders of the temporomandibular joint.

**Keywords:** rheumatoid arthritis, oral cavity, rheumatic diseases, systemic lupus erythematosus, Sjögren's syndrome


Azogues, 18 de octubre de 2021

EL CENTRO DE IDIOMAS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, CERTIFICA QUE EL DOCUMENTO QUE ANTECEDE FUE TRADUCIDO POR PERSONAL DEL CENTRO PARA LO CUAL DOY FE Y SUSCRIBO.




Abg. Liliana Urgilés Amoroso, Mgs.  
COORDINADORA CENTRO DE IDIOMAS AZOGUES

[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)

 <p>Universidad Católica de Cuenca</p>	<p><b>UNIDAD DE TITULACIÓN ODONTOLÓGICA AZOGUES</b></p>	
---	---	--

Dra. Cristina Mercedes Crespo Crespo responsable de la Unidad de Titulación de la carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca sede Azogues, certifica que el trabajo titulado **“MANIFESTACIONES ORALES EN PACIENTES REUMATOLÓGICOS: REVISIÓN DE LA LITERATURA.”** Del estudiante: **RIVERA CORDERO ANDRÉS SANTIAGO**, portador de la cédula de ciudadanía 0350017604 ha sido controlado por el sistema Turnitin reflejando una coincidencia del 7% con las fuentes bibliográficas cuya evidencia se adjunta.



Firma: .....

## control similitud Andrés Rivera

### INFORME DE ORIGINALIDAD

<b>7</b> %	<b>8</b> %	<b>1</b> %	<b>3</b> %
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>dspace.ucacue.edu.ec</b> Fuente de Internet	<b>3</b> %
<b>2</b>	<b>brainly.lat</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>3</b>	<b>idoc.pub</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>4</b>	<b>archive.org</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>5</b>	<b>www.scielo.org.co</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>6</b>	<b>1library.co</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %

Excluir citas      Activo  
Excluir bibliografía      Activo

Excluir coincidencias < 1%



El Bibliotecario de la Sede Azogues

**CERTIFICA:**

Que, **Andrés Santiago Rivera Cordero** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0350017604** de la Carrera de **Odontología**, Sede Azogues, Modalidad de estudios presencial no adeuda libros, a esta fecha.

Azogues, **13 de octubre del 2021**

  
Byron Alonso Torres Romo  
Bibliotecario

  
Universidad  
Católica  
de Cuenca  
**SEDE AZOGUES**  
**BIBLIOTECA**

 <p>Universidad Católica de Cuenca</p>	<p><b>AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL</b></p>	<p>CÓDIGO: F – DB – 30          VERSION: 01          FECHA: 2021-04-15          Página 52 de 52</p>
---	---	---

**Rivera Cordero Andrés Santiago** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0350017604**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Manifestaciones orales en pacientes reumatológicos: Revisión de la Literatura”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, octubre 2021



F: .....

**Andrés Santiago Rivera Cordero**

**C.I. 0350017604**



Byron Alonso Torres Romo  
 Bibliotecario



UC Universidad Católica de Cuenca  
**SEDE AZOGUES**  
**BIBLIOTECA**