ESTOMATOLOGIA

REVISTA ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA
Propiedad de la Asociación Argentina de Dermatología
ISSN 1851-300X | Número de Propiedad Intelectual 20459734

Consideraciones bucales en el tratamiento de pacientes con esclerodermia: Reporte de dos casos

BUCAL CONSIDERATIONS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH SCLERODERMA: REPORT OF TWO CASES

Ene - Mar 2017 | Vol. 98 N°1

Estomatología
Rev. argent. dermatol. 2017; 98 (1): 55 – 61
Publicado en línea 2017, Marzo / Published online March 2017 .
Consideraciones bucales en el tratamiento de pacientes con esclerodermia: reporte de dos casos

Autores | Contacto

Y Hernández Arenas *, S Montalvo Acosta * y A Díaz Caballero **

*** Odontólogas. Universidad de Cartagena. Jóvenes Investigadoras grupo GITOUC. Facultad de Odontología. Universidad de Cartagena.**
**** Odontólogo. Universidad de Cartagena. Periodoncista. Pontificia Universidad Javeriana. Magíster en Educación Universidad del Norte. Doctor en Ciencias Biomédicas. Universidad de Cartagena. Profesor Facultad de Odontología Universidad de Cartagena.**
Facultad de Odontología. Universidad de Cartagena. Campus de la Salud, sede Zaragocilla. Cartagena de Indias. Colombia. www.unicartagena.edu.co

Conflicto de intereses: ninguno declarado.

Recibido: 19.12.2016
Aceptado para su Publicación: 02.02.2017

RESUMEN

La esclerodermia pertenece a un grupo de enfermedades autoinmunes del tejido conectivo, que produce: inflamación, disfunción vascular y fibrosis excesiva del tejido conectivo de soporte de la piel y los órganos viscerales. A nivel bucal se evidencian afecciones como xerostomía, microstomía, caries y enfermedad periodontal. El tratamiento odontológico requiere un manejo integral por parte de los profesionales, que comprenda las patologías orales presentes y los síntomas permanentes característicos de la enfermedad sistémica de base. El objetivo de este artículo es presentar dos casos de esclerodermia resaltando sus manifestaciones orales presentes.

PALABRAS CLAVES

esclerodermia sistémica, esclerodermia localizada, manifestaciones bucales, microstomía, periodontitis (DeCS Bireme).

SUMMARY

Scleroderma belongs to a group of autoimmune connective tissue diseases that causes inflammation, vascular dysfunction and excessive fibrosis of the connective tissue supporting the skin and visceral organs. A level oral conditions such as xerostomia, microstomia, caries and periodontal disease are evident. Dental treatment requires a comprehensive management by professionals who understand oral pathologies and permanent characteristic symptoms of systemic disease. The aim of this paper is to present two cases of scleroderma highlighting present oral manifestations.

KEY WORDS

scleroderma systemic, scleroderma localized, oral manifestation, microstomia, periodontitis (MeSH Database).

INTRODUCCIÓN

La esclerodermia es una enfermedad crónica autoinmune del tejido conectivo, que se caracteriza por presentar cambios inflamatorios vasculares y escleróticos de la piel y órganos internos, particularmente pulmón, corazón y tracto gastrointestinal [1].
La fibrosis generalizada es el punto fundamental en la patogenia de la esclerodermia, siendo el resultado de la interacción de los eventos inmunológicos, vasculares y fibrogénicos que caracterizan a la enfermedad. Dependiendo de la extensión la fibrosis se clasifica en localizada y sistémica. La localizada se caracteriza por involucrar a un sector de la piel, generalmente manos y pies, es de curso lento y poco notorio. La sistémica se caracteriza por ser de progresión rápida y presenta características de CREST (calcificación, síndrome de Raynaud, dismotilidad esofágica, esclerodactilia y telangiectasias) [2].
Dentro de las manifestaciones orales que se presentan con mayor frecuencia, están: la limitación de la apertura bucal, debido a la fibrosis de los tejidos de la piel y la disminución del fluido salival, por la esclerosis de las glándulas salivales. La microstomía, la xerostomía y la disminución de la destreza manual que presentan estos pacientes, facilitan la formación de biopelícula o placa dentaria y por ende, aumenta el riesgo a padecer enfermedad periodontal y caries dentales [1,3].
Otros cambios reportados a nivel bucal en pacientes con esclerodermia, son: el acortamiento del frenillo lingual, alteración de la encía y la úvula, telangiectasias y neuralgia del nervio trigémino [4].
Los medicamentos como los inmunosupresores y bloqueadores de los canales de calcio, que se utilizan para tratar las complicaciones de la esclerosis sistémica son conocidos, por aumentar el riesgo de desarrollar hiperplasia gingival [3].
El manejo odontológico de esta patología está dirigido principalmente, a la prevención de las caries dentales y enfermedad periodontal, mediante educación y enseñanza de la higiene oral, mantenimiento periodontal, uso de sustitutos salivales y ejercicios destinados a mantener la apertura y elasticidad de la boca [1,5,6].

CASO 1

Paciente de sexo femenino de 47 años, diagnosticada con esclerodermia sistémica a los 35 años de edad. Asiste a la consulta odontológica por disconformidad estética. Al examen estomatológico se evidenció inflamación y pérdida de inserción generalizada, con alto índice de biopelícula o placa dentaria. La encía presentaba una consistencia acartonada poco depresible. La distancia entre el borde bermellón y la línea de Klein se econtraba disminuida significativamente; en la piel perioral se evidenciaban múltiples surcos verticales y una apariencia fibrosa, adicionalmente la apertura bucal se encontraba limitada. A nivel intraoral se percibía hiposialia lo que concuerda con la xerostomía manifestada por la paciente. (Fig 1).

Fig 1: estado inicial de la paciente. Se observa pérdida de inserción generalizada.

Dentro del plan de tratamiento se realizó inicialmente fase higiénica completa (enseñanza de cepillado y tratamiento periodontal), para lograr desinflamación. Posteriormente, se realizó injerto de tejido subpediculado para lograr cobertura radicular de diente # por pieza 13 con malos resultados, por la pobre calidad resiliente del tejido gingival. Una vez tratada periodontalmente se continúa tratamiento por rehabilitación oral. A la valoración se visualiza mordida traumática y restauraciones en el 70% de los piezas dentales, por lo que el rehabilitador oral decide realizar coronas en metal cerámica en diente 12, 11, 21, 22, 23, 24 y prótesis fija de pieza dentaria 13 a 15, logrando conseguir estabilidad oclusal y eliminar un factor de riesgo para la formación de biopelícula o placa bacteriana, generado por las restauraciones desadaptadas (Fig 2).

Fig 2: tratamiento final. Coronas en metal cerámica en arcada superior.

CASO 2

Paciente femenina de 41 años, que acude a consulta odontológica para valoración general. Refiere presentar esclerosis localizada hace tres años aproximadamente. Al examen físico presentaba extraoralmente inflexibilidad cutánea e intraoralmente encía con biotipo grueso y superficie rígida,

pérdida de inserción o reabsorción gingival entre 3-4 mm en piezas dentarias 13, 23, 33, 43 y entre 1-2 mm en anteroinferiores y posterosuperiores, en la hemiarcada izquierda. También se evidenciaba hiposialia y restauraciones en resina y en porcelana desadaptadas. (Figs 3 y 4).

Fig 3: examen estomatológico. Se observa pérdida de inserción generalizada y restauraciones en resina desadaptadas.

Fig 4: examen estomatológico. Se visualiza biotipo periodontal grueso e hiposialia.

El plan de tratamiento de esta paciente iba encaminado principalmente, en educar a la paciente sobre las condiciones orales que presentaba y los factores de riesgo que padecía, para desarrollar enfermedad periodontal y caries dentales. Simultáneamente se realizó fase higiénica completa (enseñanza de cepillado y tratamiento periodontal) para lograr desinflamación. Además se remitió a la paciente con un rehabilitador oral, para tratamiento de restauraciones y prótesis fijas desadaptadas.

DISCUSIÓN

La región de la cabeza y el cuello está involucrada en aproximadamente el 70% de los casos, con esclerodermia sistémica progresiva. A nivel extraoral los signos clínicos más evidentes e

identificables son: la textura de la piel rígida, atrofia del ala de la nariz, labios finos y rígidos [7]. Por lo tanto, es pertinente que los odontólogos manejen los signos y síntomas que presentan los pacientes con esclerodermia, para brindar un adecuado tratamiento o en su defecto, remitir el caso de no existir un diagnóstico previo. Asimismo, es fundamental que los profesionales de la medicina, tengan conocimiento acerca de las implicancias bucales de la esclerodermia sistémica, logrando una multidisciplinariedad en el tratamiento de estos pacientes.

En los dos casos reportados en este artículo, se evidencian algunas de las condiciones orales más frecuentes en pacientes con esclerodermia, tales como: la rigidez de la piel y la encía, disminución en la apertura bucal y la secreción salival, compromiso periodontal, disminución de la semimucosa labial y dificultad para realizar una adecuada higiene bucal por pérdida de la motricidad [1,3,7].

Las alteraciones orales en los pacientes con esclerodermia no colocan en riesgo su vida, sin embargo, son importantes al afectar su calidad de vida. Baron y col compararon las alteraciones orales y la calidad de vida, relacionada con la salud oral en pacientes con esclerodermia sistémica y la población en general. Describieron que la enfermedad de base produce un deterioro en la salud oral y asimismo en su calidad de vida, por lo que recomiendan desde sus inicios desarrollar intervenciones con un equipo multidisciplinario, con el objetivo de disminuir las manifestaciones orales y mejorar la calidad de vida [5].

De acuerdo con lo dicho anteriormente el tratamiento de los casos reportados, se fundamentó en educación y motivación a las pacientes con el propósito de disminuir factores de riesgo, que empeoraran los signos y síntomas ya presentes. Adicionalmente en el Caso 1 con el tratamiento realizado por el rehabilitador oral, se mejoró la oclusión traumática y la estética de la paciente, con un logro mayor y es que el estado anímico y su autoestima, se incrementaron significativamente.

CONCLUSIÓN

El tratamiento de los pacientes con esclerodermia, requiere de intervenciones integrales y de cierta multidisciplinariedad, teniendo en cuenta el estadio de la enfermedad. Las manifestaciones orales presentes en personas con esclerodermia, además de producir signos y síntomas incómodos para los pacientes, son un factor de riesgo para la exacerbación o aparición de caries y enfermedad periodontal. Por lo tanto, debe existir una evaluación periódica por parte de los odontólogos y se debe educar constantemente, promoviendo el autocuidado y por ende la salud bucal en estos pacientes.

REFERENCIAS

1. Yuen H, Weng Y, Reed S, Summerlin L, Silver R. Factors associated with gingival inflammation among adults with systemic sclerosis. Int J Dent Hyg 2014; 12 (1): 55-61.

2. Garza V, Villarreal M, Ocampo J. Etiopatogenia y tratamiento de la esclerodermia Conceptos actuales. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2013; 1 (5): 50-57.

3. Albilia JB, Lam DK, Mlanas N, Clokie CM, Sandor GK. Bocas pequeñas … grandes problemas Una revisión de la esclerodermia y sus implicaciones para la salud oral. J Can Dent Assoc 2007; 73: 831-836.

4. Bajraktari IH, 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.

5. Yuen HK, Weng Y, Bandyopadhyay D, Reed SG, Leite RS, Silver RM. Effect of a multi-faceted intervention on gingival health among adults with systemic sclerosis. Clin Exp Rheumatol 2011; 29 (2): S26-S32.

6. Mugii N, Hasegawa M, Matsushita T, Kondo M, Orito H, Yanaba K y col. The efficacy of self-administered stretching for finger joint motion in Japanese patients with systemic sclerosis. J Rheumatol 2006; 33 (8): 1586-1592.

7. Arati P, Sangita P, Amuradha B, Zamzam K. Review of orofacial considerations of systemic sclerosis or scleroderma with report of analysis of 3 cases. India J Dent 2016; 7: 134-139.