

## Manifestaciones bucales relacionadas con el diagnóstico de enfermedades reumáticas

### Oral manifestations related to the diagnosis of rheumatic diseases

Urbano Solis Cartas,<sup>I</sup> Valia García González,<sup>II</sup> Eduardo Lino Bascó,<sup>III</sup> Olga Gloria Barbón Pérez,<sup>III</sup> Gisela Quintero Chacón<sup>III</sup> Marian Muñoz Balbín<sup>III</sup>

<sup>I</sup> Universidad Nacional de Chimborazo-UNACH. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo- ESPOCH, Riobamba, Chimborazo, Ecuador.

<sup>II</sup> Departamento Provincial de Estomatología. Dirección Provincial de Salud de La Habana. Cuba.

<sup>III</sup> Universidad Nacional de Chimborazo-UNACH. Riobamba, Chimborazo, Ecuador.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** las enfermedades reumáticas se caracterizan por presentar una amplia gama de manifestaciones sistémicas. Sin duda alguna, la cavidad bucal es asiento de muchas de ellas, que incluso llegan a formar parte de los criterios diagnósticos de estas enfermedades.

**Objetivo:** exponer las consideraciones sobre la relación existente entre afecciones bucales y enfermedades reumáticas.

**Métodos:** se realizó una revisión sobre la relación entre afecciones reumáticas y manifestaciones bucales en Internet. La búsqueda abarcó artículos publicados en los últimos 5 años. Se evaluaron revistas de impacto de la Web of Sciences, Scopus, Redalyc y Latindex relacionadas con el tema (37 revistas). Se consultaron las bases de datos de sistemas referativos, como MEDLINE, PubMed y SciELO con la utilización de varios descriptores tanto en inglés como en español. Se incluyeron artículos en idioma inglés, portugués y español. Se obtuvieron 77 artículos, se circunscribió el estudio a 49 que enfocaron esta temática de manera más integral. La revista que mayor representatividad del tema tuvo fue la Revista Cubana de Reumatología con 24,67 % del total de artículos, el resto de las revistas se comportaron de manera uniforme.

**Análisis e integración de la información:** existe estrecha relación entre las enfermedades bucales y las afecciones reumáticas. En ocasiones, las manifestaciones bucales constituyen criterios diagnósticos de las enfermedades

reumáticas; las úlceras bucales, la xerostomía, la gingivitis y la afectación de la articulación temporomandibular son las de mayor incidencia.

**Conclusiones:** las manifestaciones bucales pueden ser expresión del desorden reumático, pero también pueden inducir su aparición o ser los causantes de su descompensación. La presencia de procesos infecciosos así como la utilización de medicamentos con acción inmunosupresora y/o inmunomoduladora, son elementos que refuerzan aún más esta relación.

**Palabras clave:** aftas bucales; enfermedad bucal; enfermedad periodontal; enfermedad reumática.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** rheumatic diseases are characterized by a wide range of systemic manifestations. The oral cavity is home to many of these manifestations, which may even constitute diagnostic criteria for those diseases.

**Objective:** describe the relationship existing between oral disorders and rheumatic diseases.

**Methods:** a review was conducted on the Internet about the relationship between rheumatic diseases and oral manifestations. The search included papers published in the last five years. An evaluation was performed of high impact journals from the Web of Sciences, Scopus, Redalyc and Latindex which dealt with the subject (37 journals). Databases from reference systems such as MEDLINE, PubMed and SciELO were consulted with the aid of various search terms in English and Spanish. The papers included were in English, Portuguese and Spanish. Of the 77 papers obtained, the reviewers selected the 49 which approached the study subject in a more comprehensive manner. The journal with the highest presence of the topic was the Cuban Journal of Rheumatology, with 24.67 % of the total papers. The remaining papers were evenly distributed among the other journals.

**Data analysis and integration:** there is a close relationship between oral diseases and rheumatic conditions. Oral manifestations sometimes constitute diagnostic criteria for rheumatic diseases. Among the most common of these are mouth ulcers, xerostomia, gingivitis and temporomandibular joint disorders.

**Conclusions:** oral manifestations may be the expression of rheumatic disorders, but they may also induce their emergence or be responsible for their decompensation. The presence of infectious processes, as well as the use of drugs with an immunosuppressive and/or immunomodulatory action, may further strengthen this relationship.

**Key words:** aphthae; oral disease; periodontal disease; rheumatic disease.

---

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades reumáticas son un grupo de alrededor de 250 padecimientos con distribución universal, que afectan a ambos sexos y a cualquier edad. Desde el punto de vista patogénico, se basan en la presencia de un trastorno inmunológico

---

que es el responsable de la sintomatología que generan. Aunque se reconoce a estas afecciones por la presencia de dolor, rigidez, deformidades articulares, discapacidad física y afectación de la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud, hay que destacar que al ser enfermedades sistémicas afectan diferentes órganos y sistemas de órganos del cuerpo humano.<sup>1-4</sup>

Se estima que hasta 40 % de la población adulta padece alguna enfermedad reumática. Supone, además, 15 % de las consultas de medicina primaria y son la causa de aproximadamente 10 % de las urgencias médicas. En otras investigaciones realizadas en Cuba, se ha determinado que el valor de prevalencia de las enfermedades reumáticas es de 43,9 %, de las cuales la osteoartritis es la causa más frecuente.<sup>5-6</sup>

Las afecciones bucales constituyen un grupo de enfermedades con características clínicas que pueden llegar a considerarse como entidades propias; en otras ocasiones, estas manifestaciones no son más que expresión sistémica del cuadro clínico de diversas patologías, entre las que se incluyen las enfermedades reumáticas.<sup>7-11</sup>

Según se reporta, la enfermedad periodontal afecta aproximadamente al 18 % de la población comprendida entre 25 y 30 años, con franca tendencia al incremento de su incidencia con la edad, siendo la principal causa de pérdida dental en individuos adultos. El Centro Nacional de Estadísticas de la Salud y el Instituto Nacional para Investigaciones Dentales en los EE. UU., informan que del 5 % al 20 % de la población sufre de formas graves de periodontitis destructiva. Los estudios publicados en Cuba sobre incidencia y prevalencia de enfermedad periodontal reportan resultados similares.<sup>7-9,12</sup>

Desde el siglo VII a.C. se viene planteando la relación que existe entre afecciones bucales y otras enfermedades sistémicas, diabetes, trastornos de la glándula tiroidea, déficit nutricionales, afecciones reumáticas y otras, por lo que pudiera catalogarse como una de las relaciones médicas más antiguas de que se tiene referencia en la historia de la medicina.<sup>8,12-14</sup>

Aunque se puede decir que este concepto fue evolucionando y tomando adeptos, no fue hasta el siglo XVIII que *Benjamín Rush* afirmó que la artritis solo podía ser tratada después de extraer dientes permanentes en mal estado, al afirmar que existía relación entre los procesos sépticos dentales y la actividad de la artritis, concepto que se mantiene hasta nuestros tiempos. A finales del siglo XX (1992), *Rams* y *Slots* plantearon que las infecciones bucodentales pueden integrarse al grupo de causas relacionadas con cuadros mórbidos generales, capaces de llevar, incluso, al paciente a la muerte.<sup>15</sup>

Los estudios epidemiológicos que se han venido realizando en los últimos años han reafirmado el criterio de que las infecciones bucodentales se asocian con enfermedades sistémicas, entre ellas alteraciones cerebrovasculares, respiratorias, diabetes mellitus, síndrome metabólico y enfermedades reumáticas, debido a varios factores entre los que destacan la presencia de lipopolisacáridos (LPS), las bacterias gramnegativas viables del *biofilm* y citoquinas proinflamatorias como el factor de necrosis hística y la interleucina 1, 6, 8 y 17 que pueden ingresar al torrente sanguíneo e influir en la salud general y susceptibilidad a ciertas enfermedades.<sup>16-26</sup>

La relación causa-efecto, así como la presencia de manifestaciones de la cavidad bucal en las enfermedades reumáticas, no solo conciernen a los procesos

---

infecciosos. Estudios recientes se refieren a mecanismos inmunopatogénicos que son similares en muchos casos para ambas afecciones. Esto trae consigo la aplicación de modelos causales que interrelacionan ambos grupos de enfermedades, por lo que en la actualidad se plantea como concepto que no se puede lograr un adecuado control de enfermedad reumática sin haber prestado atención especial a la salud bucal del paciente en cuestión, aspecto este que muchas ocasiones obviamos o no le prestamos la debida atención.<sup>7,20,27</sup>

Es por eso que teniendo en cuenta la alta frecuencia con que se presentan las enfermedades bucales y reumáticas en la población cubana, la posible interrelación patogénica entre ellas, los escasos estudios que existen en Cuba sobre este tema, la gran afectación de la percepción de la calidad de vida para la salud que provocan las enfermedades reumáticas y la necesidad consciente de mantener una adecuada salud bucal de nuestros pacientes reumáticos para lograr un adecuado control de los mismos, es que decidimos realizar este trabajo con el objetivo de exponer las consideraciones sobre la relación existente entre afecciones bucales y enfermedades reumáticas, y de esta forma sensibilizar al personal médico sobre la necesidad de un trabajo conjunto entre especialistas en Estomatología y Reumatología.

## **MÉTODOS**

Se realizó una revisión bibliográfica sobre la relación existente entre afecciones bucales y enfermedades reumáticas en Internet. La búsqueda se orientó a artículos publicados fundamentalmente en los últimos 5 años sin hacer distinciones de idioma. Como resultado de esta se obtuvieron 77 artículos que se tamizaron con el propósito de conservar solo los aquellos que se enmarcaban en describir la relación causa-efecto entre las manifestaciones bucales y las enfermedades reumáticas, así como los que se referían a los elementos semiológicos que permiten identificar la relación entre afección bucal y enfermedad reumática. De esta manera el estudio se circunscribió a 49 artículos.

Se consultaron las bases de datos de sistemas referativos MEDLINE, PubMed y SciELO con la utilización de descriptores en inglés y en español utilizando los términos aftas bucales, enfermedad bucal, periodontal y reumática. Se incluyeron artículos en idiomas inglés, portugués y español. Se revisaron un total de 37 revistas con impacto internacional, indexadas en la Web of Scienes, Scopus, Redalyc y Latindex relacionadas con este tema.

Los tópicos consultados en la revisión estuvieron referidos a la relación entre enfermedades reumáticas y afecciones bucales, así como a la interrelación patogénica que existe entre ellas. Las revistas que mayor representatividad de artículos tuvieron fueron la Revista Cubana de Reumatología con 24,67 % de los artículos y la Revista Cubana de Estomatología con 23,17 % del total artículos revisados.

Para el procesamiento de la información se elaboró un cuaderno para la recolección de datos, a través de Microsoft Office Excel 2010, donde se confeccionó un documento que recogió todas las revistas analizadas y la cantidad de artículos relacionados con la referida temática hallada en ellas.

## ANÁLISIS E INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La literatura revisada sobre relación entre afecciones bucales y enfermedades reumáticas reporta que son múltiples las afecciones reumáticas que cursan con manifestaciones clínicas en la cavidad bucal, entre ellas destacan el lupus eritematoso sistémico (LES), síndrome de Sjögren (SS), la artritis reumatoide (AR), la enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC), la dermatopolimiositis (DPM), el síndrome antifosfolípídico (SAF), algunas artritis reactivas, la enfermedad de Lyme y algunas vasculitis primarias como la enfermedad de Behçet, entre otras.<sup>2-5,9,26</sup>

La manifestación bucal más frecuente encontrada en el curso de las enfermedades reumáticas es la presencia de úlceras o aftas bucales; estas van a tener características que orientaran hacia el diagnóstico de una u otras afecciones, pueden ser localizadas en el paladar blando, no dolorosas, de fondo blanquecino, con duración entre 10 y 15 días y que pueden dejar secuelas al desaparecer; son un elemento de sospecha de un LES, llegando a ser consideradas, desde hace más de 20 años, en los criterios diagnósticos para esta enfermedad.<sup>26,28</sup>

En el LES también se describe la presencia de gingivitis, mucositis, glositis y otras manifestaciones como expresión de la propia enfermedad; igualmente se reporta la presencia de queilitis y úlceras bucales con diferentes características producto a los medicamentos que se usan en el control de la enfermedad.<sup>2,6,7</sup> Otras manifestaciones como caries dentales frecuentes, disminución de dentina, úlceras bucales y gingivales, gingivorragia y glositis son descritas en asociación con otras afecciones como el SS y el SAF.<sup>26,28</sup>

Otra de las enfermedades que cursan frecuentemente con aftas bucales y que están incluidas como elemento diagnóstico de la misma es la enfermedad de Behçet; en esta las úlceras bucales se encuentran presentes en el 100 % de los casos. Las aftas bucales recidivantes son un requisito indispensable para el diagnóstico; suelen ser la manifestación inicial de la enfermedad en el 70 % de los casos, son dolorosas, pequeñas, de bordes bien definidos; pueden aparecer en cualquier localización dentro de la cavidad bucal y su tiempo medio de duración oscila entre 7 y 10 días; curan sin dejar cicatriz e indican actividad de la enfermedad, por lo que pueden considerarse como elemento tanto diagnóstico como evolutivo; en ocasiones se plantea que son causadas por los tratamientos que se utilizan en el control de la enfermedad. Puede preceder en años al resto de los síntomas de la enfermedad.<sup>29-35</sup>

Otra enfermedad que cursa con presencia de aftas bucales es el SS; pueden presentarse hasta en el 35 % de los pacientes; generalmente van a ser dolorosas, pequeñas, de bordes bien definidos, de fondo limpio; indican actividad de la enfermedad y pueden acompañarse de otras manifestaciones dentro de la propia cavidad bucal como la xerostomía (sensación de sequedad intensa que se traduce en sed), úlceras y escoriaciones en las encías, glositis, aumento de la frecuencia de caries dentales, halitosis, queilitis y disminución de la dentina, entre otras.<sup>28</sup>

En el SAF se describen úlceras bucales, con características similares a las que se presentan en el LES o en el SS; pero, sin duda alguna, traduce mayor significación clínica la presencia de infartos linguales y gingivorragia, los cuales, al igual que en las vasculitis, forman partes de elementos diagnósticos y pueden servir como elementos pronósticos de estas afecciones.<sup>7,12,19</sup>

La AR, la EMTC, las artritis reactivas, la enfermedad de Lyme, las miopatías inflamatorias y la esclerodermia también cursan con presencia de úlceras bucales, glositis, gingivitis y otras manifestaciones bucales pero con menor significado diagnóstico que en las afecciones antes mencionadas; paradójicamente, aunque posean un menor significado diagnóstico incrementan su significado pronóstico al orientar hacia complicaciones más graves de la enfermedad.<sup>5,7,36,37</sup>

Otro fenómeno descrito es el aumento de la incidencia y frecuencia de los procesos infecciosos de la cavidad bucal en el curso de las enfermedades reumáticas; existen estudios que demuestran la mayor incidencia, por ejemplo, de la alveolitis dental, en pacientes con enfermedades reumáticas comparados con pacientes sanos. La explicación pudiera estar basada en que las enfermedades reumáticas de por sí cursan con un estado de inmunosupresión que propicia la colonización y propagación de gérmenes en la cavidad bucal; se señala una disminución de polimorfo nucleares y otros grupos celulares que integran la primera línea de defensa del organismo, no solo existe disminución del número de estos elementos celulares, sino también se plantea la disminución de la capacidad fagocítica por macrófagos y leucocitos monocitos, lo que debilita aún más esta línea de defensa antes mencionada. Sin embargo, la utilización de esteroides e inmunosupresores, que teóricamente aumentarían el riesgo de aparición de procesos infecciosos de la cavidad bucal, son imprescindibles para lograr el control de la enfermedad reumática, lo que a su vez ejercería un efecto positivo en estos procesos infecciosos.<sup>12,27,36,38</sup>

Señalar, en este sentido, que muchas de las enfermedades reumáticas pueden cursar con un SS asociado, recordar que como parte del mecanismo patogénico de esta afección, existe una infiltración de las glándulas exocrinas, dentro de las cuales se encuentran las glándulas salivales, que ocasiona no solo una destrucción de esta sino una disminución en la producción de saliva la cual cuenta con importantes elementos que aportan a la misma función bactericida y bacteriostática.<sup>3-6,28,38,39</sup>

Otro factor importante son los tratamientos que se usan para lograr el control de dichas afecciones, entre ellos cuentan de manera significativa el uso de esteroides, con dosis y tiempo de utilización variable; el uso de medicamentos modificadores de la enfermedad o inmunosupresores como es el caso del methotrexate, leflunomida, azatioprina, salazosulfapiridina, antimaláricos, ciclofosfamida, etc., y, más recientemente, el uso de medicamentos biológicos, los que contribuyen aun más al estado de inmunosupresión ,y por ende, aumenta el riesgo de colonización y propagación de gérmenes oportunistas.<sup>35,38,40</sup>

Es de destacar, igualmente, que estos fármacos por sí solo son capaces de producir afectación de la cavidad bucal y se describe presencia de úlceras bucales y gingivales, glositis, gingivorragia, infartos linguales y gingivales, así como un posible aumento de la aparición de lesiones malignas o premalignas en la cavidad bucal, que si bien no son frecuentes, ensombrecen aun más el contexto clínico del paciente.<sup>35</sup>

Otras estructuras que se afectan frecuentemente en el curso de las afecciones reumáticas son las articulaciones temporomandibulares (ATM) y las glándulas exocrinas que se encuentran dentro de la cavidad bucal. En el caso de las ATM, son asiento de procesos degenerativos propios causados por el envejecimiento o producto a afecciones sistémicas que aceleran la aparición y desarrollo de este, varias son las enfermedades reumáticas que cursan con afectación de la ATM, entre ellas sobresalen la AR, el LES, el SS, las artropatía por depósito de cristales de pirofosfato cálcico y algunas vasculitis. Se plantea que la afectación de la articulación es producto del proceso inflamatorio mantenido que generan de una u

otra forma estas afecciones y que con la presencia de citoquinas inflamatorias tienen su punto culminante en la afectación del cartílago articular producto al estrés oxidativo persistente.<sup>41-43</sup>

Por otro lado, es justo señalar que igualmente las infecciones en la cavidad bucal, independientemente de su magnitud, extensión o germen causante, son capaces de inducir una respuesta inflamatoria local con aumento de producción de citoquinas proinflamatorias, las que unidas a los LPS segregados pueden desencadenar el inicio o la actividad de una enfermedad reumática, por lo que se puede plantear que las afecciones bucales no solo son consecuencia, sino que también pueden ser causa de inicio o descompensación de enfermedades reumáticas.<sup>44-46</sup>

Mención aparte, en este sentido, requiere la relación entre periodontitis (PO) y AR, ya que durante los últimos años se ha publicado creciente evidencia de lo antes mencionado y numerosos estudios muestran que los pacientes con AR tienen mayor posibilidad de tener PO de moderada a severa, en comparación con la población sana e incluso, algunos autores han encontrado una incidencia cuatro veces mayor de AR en pacientes con PO, pero a este tema nos referiremos en otros trabajos.<sup>47-49</sup>

## **CONCLUSIONES**

Múltiples enfermedades cursan frecuentemente con manifestaciones bucales que forman parte del cuadro clínico de la enfermedad y que incluso están incluidas dentro de los criterios diagnósticos de muchas de ellas. Las manifestaciones bucales pueden ser expresión del desorden reumático pero a la vez pueden inducir su aparición o ser los causantes de su descompensación. La presencia de procesos infecciosos, así como la utilización de medicamentos con acción inmunosupresora y/o inmunomoduladora, son elementos que refuerzan aun más esta relación.

## **CONFLICTOS DE INTERESES**

Los autores refieren no tener conflictos de intereses.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Solis-Cartas U, Hernández-Cuéllar I, Prada-Hernández D, De-Armas-Hernandez A. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis. Rev Cubana Reumatol [revista en Internet]. 2013 [citado 22 Jul 2015];15(3):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/280>
2. Gil-Armenteros R, Solis-Cartas U, Milera-Rodríguez J, De-Armas-Hernandez A. Mielitis transversa como debut de un lupus eritematoso sistémico. Rev Cubana de Reumatol [revista en Internet]. 2013 [citado 2015 Dic 15];15(3):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/284>
3. Prada-Hernández D, Hernández-Torres C, Gómez-Morejón J, Gil-Armenteros R, Reyes-Pineda Y, Solis-Carta U, et al. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. Rev

Cubana Reumatol [revista en Internet]. 2014 [citado 2015 Dic 17];17(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en:  
<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/385>

4. Gómez-Morales J, LLópez-Morales M, Luaces-Martínez A, Blanco-Cabrera Y, Viera-Rosales M, Solís-Cartas U. Comportamiento de las manifestaciones oftalmológicas en pacientes con artritis reumatoide. Rev Cubana de Reumatol [revista en Internet]. 2015 [citado 2015 Dic 13];17(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en:  
<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/398>

5. Solís-Cartas U, García-González V. Relación entre afecciones bucales y enfermedades reumáticas. Rev Cubana de Reumatol [revista en Internet]. 2014 [citado 11 Jun de 2015];16(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en:  
<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/356>

6. Rat AC, El Adssi H. Epidemiología de las enfermedades reumáticas. EMC - Aparato Locomotor. 2013;46(3):1-16.

7. João JS, Luiza LA, Moreira GM. Frequência de patologias bucais diagnosticadas em Clínica Odontológica Universitária. Rev Cubana Estomatol [revista en Internet]. 2014 [citado 2015 Ago 3];51(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en:  
<http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/254>

8. Pérez Hernández LY, de Armas Cándano A, Fuentes Ayala E, Rosell Puentes F, Urrutia Díaz D. Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados. Policlínico Pedro Borrás, Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas [revista en Internet]. 2011 Jun [citado 2015 Dic 23];15(2):53-64. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S156131942011000200006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942011000200006&lng=es)

9. Kaur S, White S, Bartold PM. Periodontal disease and rheumatoid arthritis: a systematic review. J Dent Res.2013;92:399-408.

10. Penedo-Coello A, Reyes-Llerena G, Guibert-Toledano M, Hernández-Martínez A. Prevalencia de las enfermedades reumáticas e invalidez asociada en población urbana cubana atendida por el Médico de la familia: Aplicación del instrumento COPCORD. Rev Cubana de Reumatol [revista en Internet]. 2003 [citado 2015 Nov 9];3(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en:  
<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/161>

11. Solís-Cartas U, Hernández-Cuéllar I, Prada-Hernández D, De-Armas-Hernández A. Evaluación de la capacidad funcional en pacientes con osteoartritis. Rev Cubana Reumatol [revista en Internet]. 2014 [citado 11 de May de 2015];16(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en:  
<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/299>

12. López Martínez L, Gracia Cortés López Martínez MC, Hernández Rodríguez AW, Sánchez Sierra EM, López Luna MA, Sánchez Rodríguez SH. La caries, gingivitis, periodontitis y la maloclusión siguen siendo las afecciones estomatológicas más frecuentes en la población. Archivos de Medicina [revista en la Internet]. 2013 [citado 2015 Dic 12];9(4). Disponible en:  
<http://imed.pub/ojs2/index.php/archmed/article/view/592>

13. Marchetti E, Monaco A, Procaccini L, Mummolo S, Gatto R, Tetè S, et al. Periodontal disease: the influence of metabolic syndrome. Nutr Metab. 2012 [citado

22 feb 2014];9(1):88. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3499456>

14. Müller S. Oral manifestations of dermatologic disease: a focus on lichenoid lesions. *Head Neck Pathol.* 2011;5(1):36-40.

15. Llanes Llanes E, Valle Portilla M, Rodríguez Méndez G, Almara des Surra C, Ysasi Cruz M, Álvarez Pérez M, et al. Guías prácticas clínicas en enfermedades gingivales y periodontales. En: *Guías Prácticas de Estomatología.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003. p. 195.

16. Khosravi R, Ka K, Huang T, Khalili S, Nguyen BH, Nicolau B, et al. Tumor necrosis factor- $\alpha$  and interleukin-6: potential interorgan inflammatory mediators contributing to destructive periodontal disease in obesity or metabolic syndrome. *Mediators Inflamm.* 2013 [citado 22 mar 2014];2013. ID 728987. Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/mi/2013/728987>

17. Peña Lage M, Manresa Reyes L, Rodríguez Legrá E. Enfermedad periodontal y síndrome metabólico. *CCM [revista en la Internet].* 2014 [citado 2015 Nov 21];18(2):324-6. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812014000200014&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000200014&lng=es)

18. Leira Y, Blanco M, Blanco J, Castillo J. Asociación entre la enfermedad periodontal y la enfermedad cerebrovascular. Revisión de la bibliografía. *Rev Neurol.* 2015;61(1):29-38.

19. Solis-Cartas U, García-González V, Hernández-Yane A, Solis-Cartas E. Síndrome Stevens Johnson como complicación de un paciente reumático. *Rev Cubana Reumatol [revista en Internet].* 2014 [citado 2015 Dic 13];16(Suppl. 1):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/373>

20. Nibali L, Fedele S, D'Aiuto FN, Donos N. Interleukin-6 in oral diseases: a review. *Oral Diseases.* 2012;18(3):236-43.

21. Fernández-Plata R, Olmedo-Torres D, Martínez-Briseño D, García-Sancho C, Franco-Marina F, González-Cruz H. Prevalencia de enfermedad periodontal grave (EPG) y su asociación con enfermedades respiratorias en pacientes adultos hospitalizados en un centro de tercer nivel. *Gac Med Mex.* 2015;151:608-13.

22. Solis-Cartas U, García-González V, Hernández A, Solis-Cartas E. Síndrome Poliglandular tipo III. A propósito de un caso. *Rev Cubana Reumatol [revista en Internet].* 2014 [citado 2015 Dic 3];16(Suppl. 1):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/370>

23. Hernández-Pino A, Conde-Ramírez A, Siré-Gómez A. Gravedad de la enfermedad periodontal en pacientes diabéticos. *Revista Archivo Médico de Camagüey [revista en Internet].* 2015 [citado 2015 Dic 19];8(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/3086>

24. Florián Vargas K, Cornejo Ferradas M, Merino Amaral M, Carreño Reyes J, Alarcón Palacios M. Enfermedad periodontal y enfermedades respiratorias: una revisión de ensayos clínicos y estudios observacionales. *Rev Mex Periodontol.* 2014;V(1):36-40.

25. Furuta M, Shimazaki Y, Takeshita T, Shibata Y, Akifusa S, Eshima N, et al. Gender differences in the association between metabolic syndrome and periodontal disease: the Hisayama Study. *J Clin Periodontol* [revista en internet]. 2013 [citado 2015 Nov 14];40(8):743-52. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3807558>
26. Solis-Cartas U, Amador-García D, Crespo-Somoza I, Pérez-Castillo E. Síndrome de Guillain Barré como forma de debut en el lupus eritematoso sistémico. *Rev Cubana Reumatol* [revista en Internet]. 2015 [citado 2015 Dic 15];17(2 Suppl. 1):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/422>
27. Bodhade AS, Ganvir SM, Hazarey VK. Oral manifestations of HIV infection and their correlation with CD4 count. *J Oral Sci.* 2011;53(2):203-11.
28. López-Pintor RM, Fernández Castro M, Gonzalo Hernández G. Afectación oral en el paciente con síndrome de Sjögren primario. Manejo multidisciplinar entre odontólogos y reumatólogos. *Reumatología Clínica* [revista en internet]. 2015 [citado 2016 Ene 3];11(6):387-94. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1699258X15000571>
29. Pila Perez RV, Pila Peláez RU, Rosales Torres P, Artola Gonzalez JA. Enfermedad de Behçet: presentación de un caso. *AMC* [revista en la Internet]. 2014 [citado 2015 Oct 09];18(1):134-45. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102502552014000100014&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552014000100014&lng=es)
30. Mahammad A, Mandl T, Stufteet C, Segel Mark M. Incidence, prevalence and clinical characteristics of Behçet's disease in southern Sweden. *Rheumatology.* 2013;52(2):304-10.
31. García-Palenzuelaa R, Graña J, Varela M, Tovar M. Actualización de la enfermedad de Behçet. A propósito de 2 casos en atención primaria. *Semergen.* 2012;8(1):33-9.
32. López de Maturana LD, Amaro BP, Balestrini DC, Segovia GL. Manifestaciones clínicas en 5 casos de enfermedad de Behçet: Report of 5 cases. *Rev Méd Chile* [revista en Internet]. 2012 [citado 12 de May de 2015];130(5):551-6. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003498872002000500010&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872002000500010&lng=es)
33. Castillo-González W, González Argote J, Hernández-Estévez J. Enfermedad de Behçet. *Rev Cubana de Reumatol* [revista en Internet]. 2014 [citado 7 de Jul de 2015];16(3):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/359>
34. Millán Parrilla F, Quecedo Estébanez E, Gimeno Carpio E. Tratamiento de la estomatitis aftosa recidivante. *Piel.* 2010;25(8):463-9.
35. Arida A, Fragiadaki K, Giavri E, Sfikakis PP. Anti-TNF agents for Behçet's disease: analysis of published data on 369 patients. In *Seminars in Arthritis and Rheumatism.* 2011;(41(1):61-70.

36. Pérez Guirado A, Fernández Fernández RI, Arbesu Fernández E, Santos Rodríguez PM. Enfermedad de Lyme: a propósito de dos casos. Rev Pediatr Aten Primaria [revista en Internet]. 2013 [citado 2015 Dic 21];15(59):105-9. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322013000400012&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000400012&lng=es)

37. Combe B, Lukas C, More J. Artritis reumatoide del adulto: epidemiología, clínica y diagnóstico. EMC-Aparato Locomotor. 2015;48(4):1-17.

38. García-González V, Solís-Cartas U. Incidencia de la alveolitis dental en pacientes con afecciones reumáticas. Rev Cubana Reumatol [revista en Internet]. 2014 [citado 28 Abr del 2015];16(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/320>

39. Saldarriaga-Rivera L, Ventura-Ríos L, Hernández-Díaz C, Pineda-Villaseñor C. Evaluación Ecográfica de la Glándula Salival: Utilidad y Diagnóstico en el Síndrome de Sjogren. Rev Cubana Reumatol [revista en Internet]. 2015 [citado 2015 Dic 9];17(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/406>

40. Araujo TL, Vitorino RM, Mesquita LK, Lima AK, Amaral RC, Fonseca-Silva T. Manifestações bucais em pacientes sometidos a tratamento quimioterápico. Rev Cubana Estomatol [revista en Internet]. 2015 [citado 2015 Dic 19];52(4):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/832>

41. García-González V, Hernández-Yane A, Solís-Cartas U. Incidencia de la afección de la articulación temporomandibular en pacientes con enfermedades reumáticas. Rev Cubana Reumatol [revista en Internet]. 2014 [citado 3 Jun de 2015];16(Suppl.1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/374>

42. De La Hoz Polo M, Navallas M. La articulación temporomandibular en la artritis idiopática juvenil: lo que el radiólogo debe buscar en la resonancia magnética. Radiología. 2014;56(5):440-50.

43. Sharma S, Gupta DS, Pal US, Jurel SK. Etiological factors of temporomandibular joint disorders. Natl J Maxillofac Surg. 2011;2(2):116-9.

44. Hernández-Cuéllar M, Hernández-Cuéllar I, Amaro-Hernández R. Correlación etiopatogénica entre periodontitis y artritis reumatoide. Rev Cubana Reumatol [revista en Internet]. 2013 [citado 30 de Jun de 2015];15(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/61>

45. Detert J, Pischon N, Burmester GR, Buttgerit F. The association between rheumatoid arthritis and periodontal disease. Arthritis Res Ther. 2010;12(5):218.

46. Okada M, Kobayashi T, Ito S, Yokoyama T, Abe A, Murasawa A, et al. Periodontal treatment decreases levels of antibodies to Porphyromonas gingivalis and citrulline in patients with rheumatoid arthritis and periodontitis. J Periodontol. 2013;84:74-84.

47. Smit MD, Westra J, Vissink A, Doornbos-van der Meer B, Brouwer E, van Winkelhoff AJ. Periodontitis in established rheumatoid arthritis patients: a cross-

sectional clinical, microbiological and serological study. *Arthritis Res Ther.* 2012;14:222.

48. Ranade SB, Doiphode S. Is there a relationship between periodontitis and rheumatoid arthritis? *J Indian Soc Periodontol.* 2012;16:22-7.

49. Bautista Molano W, Unriza Puin SR, Munevar JC, Lafaurie G, Valle Oñate RR, Romero Sánchez MC. Papel de la enfermedad periodontal en el desarrollo de entidades inflamatorias de etiología autoinmune: implicaciones clínicas y desafíos terapéuticos. *Rev Colomb Reumatol [revista en Internet].* 2012 June [citado 2015 Nov 19];19(2):84-91. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-81232012000200004&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-81232012000200004&lng=en)

Recibido: 3 de agosto de 2016.

Aprobado: 30 de enero de 2017.

*Urbano Solis Cartas.* Universidad Nacional de Chimborazo-UNACH, Riobamba, Chimborazo, Ecuador.  
Correo electrónico: [umsmwork74@gmail.com](mailto:umsmwork74@gmail.com)