



caso clínico

Manifestaciones orales relacionadas con la artritis reumatoide. Revisión a propósito de un caso

Peña-Cardelles, J.F. Ortega-Concepción, D. Cano-Durán, J.A. Melero Alarcón, C. Sánchez-Labrador Martínez, L. De Arriba de la Fuente, L. Hernández Vallejo, G.
Manifestaciones orales relacionadas con la artritis reumatoide. Revisión a propósito de un caso. Cient. Dent. 2019; 16; 1; 73-76



Peña-Cardelles, Juan Francisco
Especialista en Medicina Oral, Universidad Complutense de Madrid.

Ortega-Concepción, Daniel
Especialista en Medicina Oral, Universidad Complutense de Madrid.

Cano-Durán, Jorge A
Especialista en Medicina Oral, Universidad Complutense de Madrid.

Melero Alarcón, Cecilia
Especialista en Medicina Oral, Universidad Complutense de Madrid.

Sánchez-Labrador Martínez, Luis
Especialista en Implantoprótesis, Universidad Complutense de Madrid.

De Arriba de la Fuente, Lorenzo
Profesor Asociado en la Facultad de Odontología, Universidad Complutense de Madrid.

Hernández Vallejo, Gonzalo
Catedrático de Medicina Bucal. Director del Postgrado de Especialista en Medicina Oral, Universidad Complutense de Madrid.

Indexada en / Indexed in:

- IME
- IBECs
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

Correspondencia:

Juan Francisco Peña Cardelles.
Universidad Complutense de Madrid.
Plaza Ramón y Cajal s/n,
28040 Madrid.
Tel.: 639 619 182.
juanfranciscopenaCardelles@gmail.com

Fecha de recepción: 3 de diciembre de 2018.
Fecha de aceptación para su publicación:
21 de marzo de 2019.

RESUMEN

Objetivo: Mostrar las manifestaciones orales cuya etiología está relacionada con la artritis reumatoide (AR), revisando la literatura más reciente, a propósito de un caso.

Caso clínico: El tratamiento de la AR está basado principalmente en la terapia farmacológica, siendo esta responsable de manifestaciones a nivel de la cavidad oral. Se presenta el caso de una mujer de 65 años con AR en tratamiento bajo metotrexato y tocilizumab, que acude a consulta por presentar desde hace 40 días una úlcera en el borde lateral de la lengua.

Conclusión: Las manifestaciones orales de la AR derivan principalmente de la terapia farmacológica, que se debe conocer para el correcto diagnóstico y tratamiento de la patología oral de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE

Artritis reumatoide; Manifestaciones orales.

ORAL MANIFESTATIONS RELATED TO RHEUMATOID ARTHRITIS. CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

Objective: The aim of the present article was to describe the oral manifestations whose etiology is related to rheumatoid arthritis (RA), reviewing the most recent literature, in relation to a case.

Clinical case: The treatment of RA is based mainly on pharmacological therapy, being responsible for the manifestations at the level of the oral cavity. We present the case of a 65-year-old woman with RA on treatment with methotrexate and tocilizumab, which occurs through 40 days on the lateral border of the tongue.

Conclusion: The oral manifestations of RA are derived mainly from pharmacological therapy, which should know the correct diagnosis and treatment of the oral pathology of these patients.

KEY WORDS

Rheumatoid arthritis; Oral manifestations.

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune de origen desconocido que se caracteriza por la inflamación de la membrana sinovial de las articulaciones de forma simétrica, afectando a los tobillos, los codos, las rodillas, los pies y las manos, siendo las tres últimas localizaciones las más afectadas. Dicha inflamación puede extenderse a otras estructuras articulares como los tendones, los ligamentos y los huesos causando, a la larga, la destrucción y deformación de la articulación.¹

Existe mayor afectación en las mujeres, en un ratio de 3:1, frente a los hombres, en edades comprendidas entre los 35 y 50 años. La etiología es desconocida, aunque entre las posibles causas puede encontrarse un origen infeccioso o una predisposición genética que corresponde a la presencia del antígeno HLA-DR4.^{1,2}

La presentación clínica de la AR es gradual y normalmente está precedida de una fase prodrómica con fatiga general, debilidad articular y dolores musculares.³

La afectación articular persiste, caracterizándose por dolor en las articulaciones agravado por el movimiento, la rigidez generalizada después de la inactividad y la rigidez matutina que se mantiene durante más de una hora.^{3,4}

El diagnóstico de la AR se basa en un espectro de criterios clínicos como se muestra en la tabla. Consiste por tanto en la realización de una historia clínica y exploración física rigurosa del paciente, atendiendo a los diferentes criterios diagnósticos. Además, se puede complementar con el estudio del factor reumatoide en sangre. Las pruebas de imagen pueden ser normales en un primer momento, apareciendo los daños articulares a medida que progresa la enfermedad.⁵

Con el objetivo de mejorar y mantener la función articular y disminuir el dolor, se lleva a cabo tratamiento con fisioterapia, analgesia y antiinflamatorios no esteroideos, así como glucocorticoides y modificadores de la enfermedad con el fin de controlarla.

TABLA. CRITERIOS DE LA AR DEL COLEGIO AMERICANO DE REUMATOLOGÍA. DEBE PRESENTAR AL MENOS 4 CRITERIOS PARA REALIZAR EL DIAGNÓSTICO⁵.

Rigidez matutina >1 hora durante al menos 6 semanas.
Artritis o inflamación de las partes blandas de más de 3 articulaciones durante al menos 6 semanas.
Artritis de las articulaciones de la mano durante al menos 6 semanas.
Artritis simétrica durante al menos 6 semanas.
Nódulos subcutáneos.
Factor Reumatoide en valores superiores al percentil 95.
Cambios radiológicos sugestivos de erosión articular.

El objetivo del presente trabajo es conocer las manifestaciones orales de la AR, haciendo especial hincapié en la etiología farmacológica a través de la presentación de un caso clínico.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de una mujer de 65 años que fue derivada por su odontólogo a la clínica del Especialista en Medicina Oral de la Universidad Complutense de Madrid por presentar una úlcera de 40 días de evolución en el borde lateral izquierdo de la lengua.

Entre los antecedentes médicos de interés se destaca la presencia de cálculos renales, hipertensión arterial controlada con 5 mg de hidroclorotiazida, bronquiectasias y artritis reumatoide, ésta última, en tratamiento con paracetamol e ibuprofeno, corticoides, metotrexato en dosis de 50 mg desde hace 7 años acompañado de ácido fólico 5 mg y desde hace dos años, tocilizumab por vía intramuscular una vez a la semana. No es fumadora ni consume alcohol.

A la exploración clínica podemos encontrar una paciente que presenta dificultad para caminar, con afectación de la articulación de ambas rodillas, pies y codos. En ambas manos, presenta deformidad en ojal del pulgar, desviación cubital de las articulaciones metacarpofalángicas y deformidad en cuello de cisne.

A la exploración intraoral se aprecia una úlcera de 7 mm de diámetro que asienta en el borde lateral izquierdo de la lengua, el fondo es limpio, con bordes no sobreelevados y ligeramente blanquecinos. Es sintomática, la paciente refiere molestias y dolor que, debido al tiempo de evolución de la lesión, ha ido en aumento (Figura 1).



Figura 1. Borde lateral izquierdo lingual. Se puede apreciar una úlcera de 40 días de evolución.

DISCUSIÓN

La AR va a afectar principalmente a las articulaciones, pero puede existir también una serie de manifestaciones extraarticulares de la enfermedad. A nivel cutáneo, se pueden encontrar nódulos reumatoides y vasculitis, a nivel pulmonar puede existir afectación pleural y bronquiolitis obliterante con neumonía de organización, a nivel ocular, queratoconjuntivitis seca, a nivel hematológico, anemia, síndrome de Felty (esplenomegalia y neutropenia) y a nivel cardíaco, pericarditis o miocarditis.⁴

La cavidad oral no está exenta de estas manifestaciones extraarticulares. La manifestación oral más significativa de la AR es la afectación de la articulación temporomandibular (ATM)^{6,7}, suele presentarse con dolor preauricular bilateral, rigidez y disminución de la movilidad. Clínicamente, el paciente puede presentar una mordida abierta anterior debido a la destrucción y cambios en la arquitectura normal del cóndilo. No obstante, el presente caso clínico no presentaba a nivel radiológico anomalías óseas, mientras que, a la exploración clínica acompañada de palpación bimanual de la ATM, se apreciaba crepitación bilateral con ausencia de dolor (Figura 2).

Existen estudios que indican una mayor prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes con AR. Esto puede deberse a que la presencia de la bacteria *Porphyromonas gingivalis* se relaciona con mayores niveles de anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados en la circulación, que aumenta la autoinmunidad en el organismo y, por lo tanto, la aparición de la AR.^{2, 8, 9} Aunque también existen estudios que defienden que esto se debe a que la AR impide la correcta higiene por parte del paciente, favoreciendo así la enfermedad periodontal.⁶

Los pacientes con AR de larga evolución pueden presentar en algunos casos amiloidosis secundaria con afectación de glándulas salivales y macroglosia, así como un aumento del riesgo en desarrollar Síndrome de Sjögren de tipo secundario que, a diferencia del primario, se caracteriza por un inicio insidioso y de progresión más lenta.

Es relativamente frecuente la aparición de lesiones en la cavidad oral, como úlceras de primera intención o secundarias a un traumatismo que no curan en un periodo de tiempo



Figura 2. Ortopantomografía de la paciente.

relativamente corto, esto se debe a los efectos secundarios de fármacos utilizados en el tratamiento de la AR.

En el presente caso clínico, la paciente relata haber presentado con anterioridad úlceras que desaparecen a los 15 días y vuelven con relativa frecuencia, por lo que clasificamos estas lesiones como estomatitis aftosa recidivante. Sin embargo, la úlcera presente en el borde lateral de la lengua presenta un tiempo de evolución de 40 días y sospechamos de un origen traumático, con persistencia de la lesión debido a su tratamiento farmacológico para la AR. Se llevó a cabo un pulido de los posibles bordes cortantes de los dientes del tercer cuadrante y se decidió retirar el metotrexato tras interconsulta con su reumatólogo.

Las reacciones adversas por el metotrexato tienen lugar en torno al 30-80% de los pacientes que se encuentran bajo su tratamiento, aproximadamente el 14% de los casos presentan estomatitis y el riesgo de presentar úlceras orales ya sea al inicio del tratamiento o tras años con el mismo se encuentra aumentado, en especial, en aquellos pacientes con déficit de folatos debido al fármaco. Es por ello, que el 30% de los pacientes con metotrexato interrumpen en alguna ocasión el tratamiento con el mismo.^{7, 10, 11}

Tras retirar el metotrexato en la paciente, la úlcera desapareció en un periodo de dos semanas, confirmando la etiología de la úlcera por este fármaco (Figuras 3 y 4).



Figura 3. Imagen a los 7 días de la retirada del metotrexato. Se puede observar una cicatrización parcial de la lesión.



Figura 4. Imagen de control a las 2 semanas tras la retirada del fármaco. Se puede observar la total desaparición de la úlcera.

Los pacientes con AR pueden estar también bajo tratamiento con fármacos como pueden ser la D-penicilamina, que se ha relacionado con la presencia de péfnigo vulgar, mucositis y producir disgeusia en el 25% de los casos. Otros como la sulfasalazina y la azatiopina producen alteraciones hematológicas que derivan en la aparición de petequias y gingivorragias. Destacar la cloroquina, este antipalúdico utilizado en la AR puede producir hiperpigmentaciones en mucosas y piel. También los fármacos inmunosupresores pueden dar lugar al desarrollo de infecciones micóticas como la candidiasis a nivel oral y en el caso de la ciclosporina, hiperplasia gingival. Otros como los antiinflamatorios no esteroideos (ANIEs) pueden dar lugar a reacciones liquenoides. Así mismo, el uso de varios fármacos puede condicionar el desarrollo de hiposialia y consigo, xerostomía en el paciente con AR.^{10, 11}

Por último, en la actualidad se están utilizando fármacos modificadores biológicos de la enfermedad, que pueden presentar efectos adversos como la aparición de organismos oportunistas dando lugar a cuadros de candidiasis o infecciones por herpes zoster en el territorio bucal.^{10,12}

A la hora de tratar a estos pacientes, debemos evaluar el estado de la enfermedad, el grado de afectación de las articulaciones, el dolor y los fármacos utilizados.

Las citas deben ser lo más cortas posibles y se debe permitir al paciente cambios en la posición de forma relativamente frecuente, pudiendo emplear almohadas para el apoyo en aquellas articulaciones con deformidades.¹

La AR está relacionada con el uso de ciertos fármacos que pueden interferir a la hora de realizar tratamientos odontológicos. Los AINEs pueden interferir en la función plaquetaria y causar sangrado prolongado tras un tratamiento dental. Los pacientes que están bajo tratamiento con sales de oro, penicilimanina, sulfasalazina e inmunosupresores son susceptibles de presentar depresión de la médula ósea, ocasionando anemia, agranulocitosis y trombocitopenia. Además, si el paciente está en tratamiento bajo corticoides, puede existir afectación suprarrenal secundaria y una crisis suprarrenal ante tratamientos que conlleven estrés.¹

Por lo tanto, es imprescindible solicitar informes clínicos que reflejen el hemograma y el estado de la función suprarrenal del paciente de cara a un tratamiento odontológico, sobre todo ante aquellos que pueden originar sangrado o son complicados y pueden desencadenar estrés en el paciente.

CONCLUSIONES

Las manifestaciones orales de la AR derivan principalmente de la terapia farmacológica, que se debe conocer para el correcto diagnóstico y tratamiento de la patología oral de estos pacientes. Es importante llevar a cabo un diagnóstico diferencial en una lesión con el tiempo de evolución como la presentada anteriormente, ya que se debe descartar etiología maligna.



BIBLIOGRAFÍA

1. Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL. Dental management of the medically compromised patients. 8th Edition. St. Louis: Ed. Elsevier Mosby, 2013.
2. Scott DL, Wolfe F, Huizinga TW. Rheumatoid arthritis. Lancet 2010; 376:1094–1108
3. Vyas S, Bhalla AS, Ranjan P, Kumar S, Kumar U, Gupta AK. Rheumatoid arthritis revisited-advance imaging review. Pol J Radiol 2016; 81: 629–635.
4. Fiehn C, Krüger K. Management der rheumatoiden Arthritis. Der Internist 2016; 57 (11): 1042–1051.
5. Thinda S, Tomlinson JS. Mesenteric rheumatoid nodules masquerading as an intra-abdominal malignancy: a case report and review of the literature. World J Surg Oncol 2009; 7: 59.
6. Hamburger J. Orofacial manifestations in patients with inflammatory rheumatic diseases. Best Pract Res Clin Rheumatol 2016; 30 (5): 826-850.
7. Katsoulas N, Chrysomali E, Piperi E, Levidou G, Sklavounou-Andrikopoulou A. Atypical methotrexate ulcerative stomatitis with features of lymphoproliferative like disorder: Report of a rare ciprofloxacin-induced case and review of the literature. J Clin Exp Dent 2016; 8 (5): e629–e633.
8. Hernández García C, Martínez-Prada C. Uso de fármacos modificadores de la enfermedad en artritis reumatoide. Inf Ter Nac Salud 2009; 33: 99-109.
9. Troeltzsch M, Von Blohn G, Kriegelstein S, Woodlock T, Gassling V, Berndt R et al. Oral mucositis in patients receiving low-dose methotrexate therapy for rheumatoid arthritis: report of 2 cases and literature review. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radio. 2013; 115 (5): e28-33.
10. Sodhi A, Naik S, Pai A, Anuradha A. A rheumatoid arthritis affecting temporomandibular joint. Contemp Clin Dent 2015; 6 (1): 124–127.
11. Madinier I, Berry N, Chichmanian RM. Drug-induced oral ulcerations. Ann Med Interne (Paris) 2000; 151 (4): 248-54.
12. Georgakopoulou E, Scully C. Biological agents: what they are, how they affect oral health and how they can modulate oral healthcare. Br Dent J 2015; 218 (12): 671-7.