



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESCLERODERMIA: CONSIDERACIONES PREVIAS A LA
REHABILITACIÓN PROTÉSICA ODONTOLÓGICA.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

ANNA VICTORIA ARIAS LOZANO

TUTORA: Esp. MARÍA DE LOURDES MENDOZA UGALDE

ASESORA: C.D. SORAYA GUADALUPE SALADO GARCÍA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Le dedico este trabajo de titulación a MI FAMILIA que fueron gran parte de mi inspiración para culminar mi carrera de Cirujana Dentista.

A mi MADRE por tener ese apoyo incondicional y sobre todo paciencia para esperarme al llegar de la escuela y darme de cenar aunque ella estuviera cansada por su larga jornada de trabajo. Te agradezco infinitamente por preocuparte por mí en todo momento y ponerme mi comida de diario, pero sobre todo por ser mi paciente y soportar cirugías un tanto complejas en tu recuperación... GRACIAS Mamá, esto va por tí.

A mi PADRE porque con sus regaños y su estricta forma de educarme, he logrado llegar hasta esta meta, te agradezco cada jalón de orejas cuando se me olvidaba algo porque he aprendido a ser más organizada en mi vida profesional. Gracias a los dos por siempre tener esa pregunta al llegar a casa, que a veces no le tomaba importancia pero que tiene una gran significado para mí... ¿Cómo te fue en la escuela?. GRACIAS a mi MANOLITO y mi PAULITA.

A mis HERMANOS, porque gracias a su ejemplo soy quien soy, ustedes les dieron esas ganas para seguir cada día mejor. Porque aunque se interponía la distancia entre nosotros por sus diferentes ocupaciones, siempre estaban a al tanto de mí, preocupándose si necesitaba algo o simplemente como me sentía. Gracias EVE y VIC.

A mi Marianita, que aunque sé que aún es muy pequeña para leer estas palabras, ha sido una parte fundamental en esto, encontrar tus juguetes o rayones en mi material de laboratorio me daba una gran inspiración para seguir adelante.

Y a tí Yas por apoyarme en cosas didácticas, morales para mi desempeño profesional.

Doy gracias a DIOS por brindarme esta familia tan maravillosa que con altibajos pero con muchas alegrías hemos estado y seguiremos juntos SIEMPRE, de algo estoy segura y eso es que si volviera a nacer los volvería a elegir, LOS AMO...!!!

Le agradezco a mi Tutora la ESP. Ma. De Lourdes Mendoza Ugalde por sus finas atenciones al apoyarme a realizar esta Tesina, pero sobre todo por su gran paciencia para la elaboración de la misma y reconocer su gran humanismo que la caracteriza, muchas gracias Doctora Lulú.

A mi Asesora la C.D. Soraya Guadalupe Salado García por asesorarme mi trabajo y corregirme hasta el último punto.

A todos mis Doctores que se pusieron en mi camino para brindarme sus enseñanzas.

A la Asociación Mexicana de orientación, apoyo y lucha contra la Esclerodermia A.C., por permitirme brindarles información sobre el presente trabajo, y por dejarme ser parte de nuevas enseñanzas con los pacientes y poder transmitirles el conocimiento más a fondo sobre su enfermedad.

A mi máxima casa de estudios por brindarme un lugar en ella para forjarme como profesionista, gracias UNAM por dejarme pertenecer a tu humanismo y ser una Universitaria Azul y Oro...

iii GOYA, GOYA... UNIVERSIDAD!!

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVO	6
CAPÍTULO 1 ESCLERODERMIA.....	7
1.1 Generalidades	7
1.1.1 Esclerodermia sistémica.....	9
1.1.1.1 Características	10
1.1.2 Etiología y patogenia de la esclerodermia	19
1.2 Complicaciones generales	20
CAPÍTULO 2 REHABILITACIÓN PROTÉSICA INTRAORAL.....	29
2.1 Esclerodermia en cabeza y cuello	29
2.1.1 Manifestaciones clínicas	29
2.1.1.2 Cavidad oral	31
2.2 Consideraciones en la rehabilitación protésica del paciente con esclerodermia	35
2.3 Complicaciones que se pueden llegar a presentar durante la rehabilitación protésica del paciente con esclerodermia	45
CAPÍTULO 3 ASPECTOS EMOCIONALES Y SOCIALES DE UN PACIENTE CON ESCLERODERMIA	51
3.1. Expectativas de vida	51
3.2 Autopercepción	54
CONCLUSIONES	58
Referencias Bibliográficas	59
ANEXO 1	62
ANEXO 2.....	64



INTRODUCCIÓN

La cavidad oral y sus estructuras se ven afectadas ante enfermedades reumáticas autoinmunes que pueden comprometerla de forma directa o indirecta al mismo tiempo que los fármacos recetados (antiinflamatorios no esteroideos-AINEs, glucocorticoides, drogas modificadoras de enfermedad e inmunosupresores), producen ulceraciones, gingivitis, estomatitis e hipertrofias gingivales, sobre las que frecuentemente se agregan infecciones por agentes oportunistas como la *Cándida albicans*. En ocasiones es difícil diferenciar las lesiones producidas por los fármacos, de las manifestaciones propias de la enfermedad.

La esclerodermia al ser una enfermedad relativamente rara, de prevalencia que no está bien establecida; es más frecuente en individuos entre los 30-60 años de edad, predominando en mujeres:hombres (4:3), y al no reportar una predilección por la raza, surge la necesidad de investigar sobre dicho procedimiento y sus vertientes, así como el tratamiento odontológico y su manejo multidisciplinario.

Por lo tanto, este trabajo se referirá al tratamiento odontológico que busca lograr una mejor condición y calidad de vida en pacientes que presentan dicha enfermedad y cómo es que su estilo de vida se ve afectado no solo sistémicamente sino también en el aspecto estético, económico, intelectual, afectivo, social, moral, espiritual y creativo. Dicha información fue complementada con el apoyo de la Asociación Mexicana de Orientación, Apoyo y Lucha contra la Esclerodermia A.C.

Debido a la complejidad de las variantes de la esclerodermia y ante la mayor presencia de pacientes con esclerodermia sistémica que requieren tratamiento odontológico, se tratará dicho padecimiento incluyendo sus manifestaciones clínicas en cabeza y cuello, así como las consideraciones y complicaciones que se pueden presentar durante una rehabilitación protésica, dando especial importancia al manejo multidisciplinario y su seguimiento.



OBJETIVO

Describir los aspectos a considerar en una rehabilitación protésica en pacientes con esclerodermia sistémica y conocer las complicaciones que se pueden llegar a presentar durante el tratamiento protésico en pacientes con esclerodermia sistémica.



CAPÍTULO 1 ESCLERODERMIA

1.1 Generalidades

La esclerodermia es un término que se deriva de las palabras griegas *skleros* (duro o endurecido) y *dermis* (piel). Es un conjunto de afectaciones crónicas que se caracterizan por la sobreproducción de colágeno y fibra conectiva (ayuda a dar firmeza a los tejidos de todo el cuerpo), la cual se acumula en ciertas partes de la piel y otros órganos, generando endurecimiento en la zona afectada.¹

La esclerodermia sistémica predomina en el género femenino y la raza negra, con una relación mujer:hombre de 3:1; esta diferencia es mayor de 7:1 en los grupos de edad menores de 50 años. Por lo general, la edad de inicio de esta enfermedad es alrededor de los 45 y 65 años. Su frecuencia es mayor en las mujeres en edad reproductiva, donde los factores hormonales pueden desempeñar un papel importante en su inicio; así como el promedio de supervivencia es de 11 años.²

Dependiendo de las diferentes manifestaciones asociadas, la esclerodermia se clasifica en formas localizadas y sistémicas, con diferentes complicaciones potenciales, pronóstico y estrategias terapéuticas.

Clasificación:

- **Esclerodermia localizada:** trastorno fibrosante que afecta a la piel, tejido celular subcutáneo, hueso subyacente, rara vez la cabeza y la cara pudiendo afectar el sistema nervioso central, esclerodactilia (engrosamiento y endurecimiento localizado de la piel de los dedos de manos y pies).
Figura 1
- **Esclerodermia sistémica:** se diferencia de la anterior por la ausencia de esclerodactilia.¹

Dentro de la esclerodermia podemos encontrar dos subdivisiones, la esclerodermia localizada que a su vez se divide en lineal y morfea: así como la sistémica que se divide en limitada y difusa. Tabla 1.

Esclerodermia	Localizada		Sistémica	
	-Lineal	- Morfea	-Limitada	- Difusa

Tabla 1. Tipos de esclerodermia.³





Figura 1. A) Diagnostico: esclerodermia localizada de tipo morfea en abdomen. B) Manifestaciones en manos sobre las distintas fases de esclerodermia ^{4,5}

1.1.1 Esclerodermia sistémica

La esclerodermia sistémica es una enfermedad autoinmune, sistémica, crónica y multifactorial de etiología desconocida, caracterizada por un proceso fibrótico anormal, alteración microvascular y activación del sistema inmune, se diferencia de la localizada en que no presenta esclerodactilia.⁶ Figura 3.

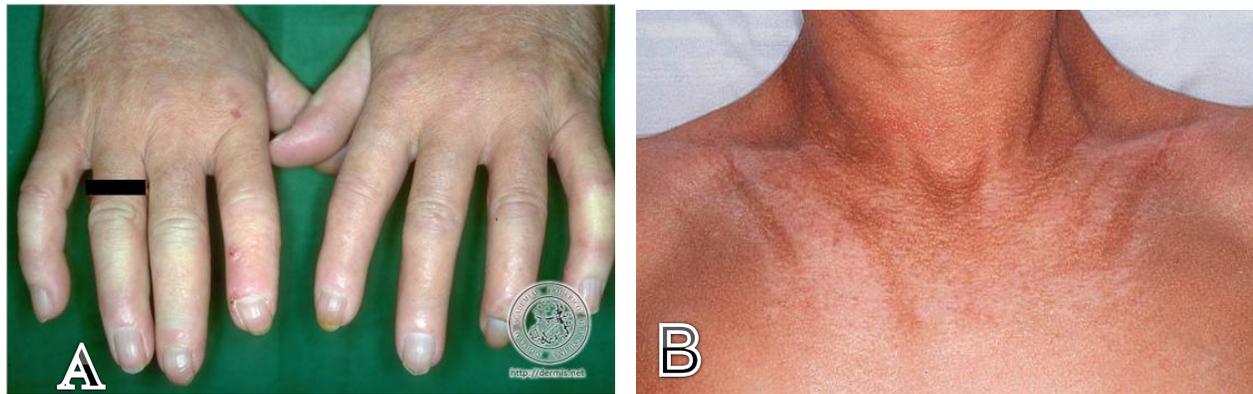


Figura 3. A) Características de esclerodactilia en esclerodermia localizada.

B) Características en el torso de esclerodermia sistémica. ^{7,8}



1.1.1.1 Características

La esclerodermia sistémica se presenta como una lesión primaria a nivel endotelial responsable de una cascada de acontecimientos, que implican los siguientes fenómenos: activación del sistema inmune con liberación de mediadores, proliferación de fibroblastos, síntesis y depósito de colágeno y daño orgánico. Se ha observado la existencia de una predisposición genética (se ha descrito una mayor incidencia de determinadas moléculas del HLA), así como de alteraciones inmunológicas, tanto de la inmunidad celular y liberación de determinadas citocinas, como la humoral. La existencia en suero de autoanticuerpos (algunos de ellos específicos) parecen, a su vez, implicadas en la patogenia de esta enfermedad, aunque parece claro que esta predisposición debe asociarse a factores medioambientales para su expresión.⁹

De acuerdo a la *Guía de Práctica Clínica publicada por el Gobierno Federal en cuestión de salud para el Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico de la Esclerosis Sistémica*, nos muestra los medicamentos en el tratamiento de este padecimiento, con el objetivo de encontrar la relación y sus efectos en el paciente tratado odontológicamente. A continuación se mencionan algunos fármacos relacionados con el tratamiento odontológico.⁶ Tabla 2.



Algunos fármacos que pueden interactuar con la prescripción odontológica.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	TIEMPO (PERIODO DE USO)	EFFECTOS ADVERSOS	CONTRAINDICACIONES
Azatioprina	Oral. Adultos: 3 mg/kg de peso corporal/día; la dosis se reduce, de acuerdo con la respuesta y tolerancia.	12 meses	Anorexia, náusea, vómito, pancreatitis, fiebre, leucopenia, anemia, pancitopenia, infecciones hemorragias, hepatotoxicidad, reacciones de hipersensibilidad inmediata.	Hipersensibilidad a la azatioprina y en pacientes previamente tratados con agentes alquilantes. Infecciones sistémicas. Precauciones: disfunción hepática, infecciones sistémicas.
Amlodipino	Oral. Adultos: 5 a 10 mg cada 24 horas.	6 meses	Cefalea, fatiga, náusea, astenia, somnolencia, edema, palpitaciones y mareo.	Hipersensibilidad al fármaco, ancianos, daño hepático y deficiencia de la perfusión del miocardio.
Captopril	Oral. Adultos: 35 a 50 mg cada 8 o 12 horas; en insuficiencia cardíaca administrar 174 de la dosis; dosis máxima 450 mg/día.	12 meses	Tos seca, dolor torácico, proteinuria, cefalea, disgeusia, taquicardia, hipotensión arterial, fatiga, diarrea, neutropenia.	Hipersensibilidad a captopril.

Continúa...



PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	TIEMPO (PERIODO DE USO)	EFEKTOS ADVERSOS	CONTRAINDICACIONES
Digoxina	Oral. Adultos: carga: 0.4 a 0.6 mg. Subsecuentes 1er día: 0.1 a 0.3 mg cada 8 horas.	6 meses	Anorexia, náusea, vómito, diarrea, bradicardia, arritmias ventriculares, bloqueo auriculoventricular, insomnio, depresión, confusión.	Hipersensibilidad a digitálicos, hipokalemia, hipercalcemia, taquicardia ventricular.
Diltiazem	Oral. Adultos: 30 mg cada 8 horas.	6 meses	Cefalea, cansancio, estreñimiento, taquicardia, hipotensión, disnea.	Infarto agudo de miocardio, edema pulmonar, bloqueo de la conducción auriculoventricular, insuficiencia cardíaca, renal o hepática graves. Precauciones: en la tercera edad y pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada.
Nifedipino	Oral. Adultos: 30 mg cada 24 horas, dosis máxima 60 mg/día.	6 meses	Nausea, mareo, cefalea, rubor, hipotensión arterial, estreñimiento, edema.	Hipersensibilidad al fármaco, choque cardiogénico, bloqueo auriculoventricular, hipotensión arterial, asma y betabloqueadores. Precauciones: en función hepática alterada.

Continúa...



PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	TIEMPO (PERIODO DE USO)	EFFECTOS ADVERSOS	CONTRAINDICACIONES
Prednisona	Oral. Adultos: 5 a 60 mg/día, dosis única o cada 8 horas. La dosis de sostén se establece de acuerdo a la respuesta terapéutica; posteriormente se disminuye gradualmente hasta alcanzar la dosis mínima efectiva. Dosis máxima 200 mg/día.	6 meses	Hipoplasia suprarrenal, síndrome de Cushing. Hipokalemia, retención de sodio, superinfecciones, obesidad, osteoporosis, enfermedad ácido péptica, glaucoma, catarata subcapsular posterior, psicosis, retardo de la cicatrización, hipertensión arterial, hiperglucemia, cetoacidosis, coma hiperosmolar, necrosis avascular de cadera, estrías cutáneas, catabolismo muscular.	Tuberculosis. Ulcera péptica. Crisis hipertensiva, diabetes mellitus. Insuficiencia hepática y/o renal. Inmunodeprimidos.

Tabla 2. Medicamentos prescritos en esclerodermia sistémica que pueden interactuar ante tratamientos odontológicos.⁶



A continuación se presentan las **variantes de esclerodermia sistémica**:

- A. **LIMITADA**: Se presenta en manos y es menos frecuente en cabeza y cuello.
- En esta variante se puede presentar el síndrome de solapamiento (overlap), denominado así cuando coexisten manifestaciones analíticas y/o histológicas de dos enfermedades “autoinmunes”: hepatitis autoinmune, cirrosis biliar primaria y colangitis esclerosante primaria.¹⁰
 - También puede presentarse el síndrome de CREST (calcinosis, fenómeno de Raynaud, dismotilidad esofágica, esclerodactilia y telangiectasias). Los individuos con esclerodermia sistémica limitada pueden manifestar el fenómeno de Raynaud mucho tiempo. Tabla 3.
- B. **DIFUSA**: Esclerodermia extensa con mayor riesgo de desarrollar daño renal, pulmonar o cardíaco. Los sujetos con la forma difusa tienen endurecimiento de las extremidades, cara y tórax. Tabla 3.

Esclerodermia sistémica	
<u>Limitada</u> - La presentan un 60% de los pacientes.	<u>Difusa</u> - La presentan un 35% de los pacientes.

Tabla 3. Variantes de la Esclerodermia Sistémica.³



- La esclerodermia puede no llegar a tener afectación cutánea, se presenta rara vez, tiene afectación vascular y fibrosis visceral.¹⁰

En la siguiente tabla se refieren las afectaciones en los diferentes tipos de esclerodermia sistémica: Tabla 4.

Alteraciones	Esclerosis sistémica difusa	Esclerosis sistémica limitada
Afetación de la piel	Cara, cuello, tronco, extremidades	Cara, cuello, extremidades con afectación limitada a manos, antebrazos, pies y piernas.
Fenómeno de Raynaud	Un año o menos de evolución antes de la afectación cutánea	Fenómeno de Raynaud de muchos años de evolución.
Endurecimiento de la piel	Rápido	Lento
Capilaroscopias	Pérdida capilar	Dilataciones
Articulaciones, tendones	Contracturas, roces tendinosos	Se afectan poco
Calcinosis	Infrecuente	Muy frecuente
Afectación visceral	Renal, miocárdica	Hipertensión arterial pulmonar
Anticuerpos	Anti Scl-70	Anticentrómero

Tabla 4. Formas clínicas de la esclerodermia sistémica.⁹

- Diagnóstico de la esclerodermia

En la actualidad no existe una prueba diagnóstica específica para la esclerodermia, sino que se diagnostica con base en la presencia de un conjunto de signos y síntomas clínicos.

Esta enfermedad crónica autoinmune, se caracteriza por fibrosis y obliteración de vasos en la piel, pulmones, tracto gastrointestinal, riñones y corazón.¹¹

Dependiendo de sus síntomas específicos, el diagnóstico de esclerodermia lo puede hacer un especialista en medicina interna, un dermatólogo, un ortopedista,



un especialista en enfermedades del pulmón o un reumatólogo. El diagnóstico de la esclerodermia se basa principalmente en el historial clínico y los hallazgos que se hacen con el examen físico. Cuando el médico realiza el diagnóstico debe realizar preguntas al paciente sobre qué le ha sucedido a lo largo del tiempo y los síntomas que pudiera estar teniendo. Entre las más comunes se encuentran las siguientes:

-¿Tiene problemas de acidez o para tragar?
-¿Se siente a menudo cansado o adolorido?
-¿Se ponen sus manos de color blanco debido a que está ansioso o por bajas temperaturas?

Una vez que se haya registrado el historial médico preciso, se realiza el examen físico. El descubrimiento de uno o más de los siguientes factores, puede ayudar a hacer el diagnóstico de un cierto tipo de esclerodermia, tales como:

- a) Cambio del aspecto y textura de la piel, incluyendo dedos y manos abultados, así como piel tirante alrededor de las manos, boca u otro lugar.
- b) Depósitos de calcio que se forman debajo de la piel.
- c) Cambios en los vasos sanguíneos diminutos (capilares) en la base de las uñas de los dedos.
- d) Marcas de color oscuro en piel engrosados. Figura 4.

Los síntomas limitados de escleroderma se conocen como **CREST**



Figura 4. Principales manifestaciones del síndrome de CREST.¹²

Para completar el diagnóstico, el médico puede requerir estudios de laboratorio de al menos dos proteínas (anticuerpos), que se encuentran comúnmente en la sangre de las personas con esclerodermia.

- **Los anticuerpos antitopoisomerasa-1 o Anti-Scl-70.**
- **Los anticuerpos anticentrómeros.**

*Nota: No todas las personas con esclerodermia tienen estos anticuerpos y quienes llegan a presentarlos, no necesariamente sufren dicho padecimiento.*⁹

Así, los resultados de los exámenes de laboratorio son los únicos que pueden confirmar el diagnóstico. En algunos casos se sugiere que se practique una biopsia de la piel para ayudar a confirmar un diagnóstico. Sin embargo, las biopsias de piel también tienen sus limitaciones; por ejemplo a) los resultados de la biopsia no pueden hacer una diferencia entre enfermedad localizada y sistémica, b) hacer el diagnóstico de una esclerodermia es más fácil cuando una persona presenta los síntomas típicos y un rápido engrosamiento de la piel, c) en



otros casos, un diagnóstico puede demorar varios meses, o incluso años, a medida que la enfermedad empieza a manifestarse y revelarse, que el

médico puede descartar algunas otras causas posibles de los síntomas. En algunos casos, no se realiza el diagnóstico de dicho padecimiento, porque los síntomas que llevaron a consultar a un médico desaparecieron solos.

- **Tratamiento de la esclerodermia**

Como la esclerodermia puede afectar una gran y variada cantidad de órganos y sistemas orgánicos, en general el tratamiento lo realiza un especialista de enfermedades articulares, óseas, musculares y sistema inmunitario. Se puede remitir a otros especialistas, dependiendo de los problemas que vaya presentando, por ejemplo: un dermatólogo, nefrólogo, cardiólogo, gastroenterólogo y/o un neumólogo. Además de los médicos, otros profesionales, tales como enfermeros especializados, entrenadores físicos, fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales, psicólogos y asistentes sociales pueden cumplir una gran labor en sus cuidados.

Los cirujanos dentistas e incluso terapeutas del habla, pueden tratar las complicaciones orales que se producen por el engrosamiento del tejido al interior o alrededor de la boca y la cara. En la actualidad no existe un tratamiento que controle o interrumpa el problema de base, es decir, la sobreproducción de colágeno, en todas las formas de esclerodermia. De este modo, el tratamiento y control se enfocan en aliviar los síntomas y limitar el daño. El tratamiento dependerá de los problemas específicos que se presenten.

- ✓ El fenómeno de Raynaud (CREST): Uno de los problemas más comunes asociados con la esclerodermia sistémica es el Raynaud secundario. Puede ser muy molesto y provocar úlceras en la punta de los dedos que son muy dolorosas. El tabaquismo empeora la enfermedad ya que se contraen aún

más los vasos sanguíneos. Se deben tomar las siguientes medidas para aliviar la enfermedad y ayudar a evitar los problemas: Figura 5.



Figura 5. Características del fenómeno de Raynaud. 1) los dedos se vuelven blancos debido a la falta de circulación, 2) luego se vuelven azules, a medida que se dilatan los vasos sanguíneos para mantener la sangre en los tejidos, 3) finalmente se vuelven rojos, a medida que la circulación se restablece.¹³

El fenómeno de Raynaud provoca dolores y úlceras en la piel, así como el aumento de la dosis de bloqueadores del canal de calcio. Las úlceras severas en las puntas de los dedos se pueden tratar con piel genéticamente modificada.¹⁴

1.1.2 Etiología y patogenia de la esclerodermia

Se ha demostrado mayor frecuencia de esclerosis sistémica en los familiares de primer grado. Sin embargo, ha sido muy común observar que los pacientes con esclerosis sistémica tienen uno o más familiares de primer grado con otra enfermedad del tejido conjuntivo.



Se considera que los factores ambientales, como el cloruro de polivinilo, resinas de epóxido y solventes orgánicos, sílice, implantes de silicón, bleomicina, aceite adulterado, entre otros, pueden tener un papel importante en

la génesis de la esclerodermia sistémica en los individuos genéticamente predispuestos después de la exposición a dichas sustancias.⁹

Para explicar la patogénesis de la esclerosis sistémica se considera que un estímulo ambiental en un individuo predispuesto genéticamente activa al sistema inmunológico con la liberación de mediadores inmunológicos (citocinas), que producen del endotelio, proliferación de los fibroblastos y síntesis de colágeno.⁹

1.2 Complicaciones generales

En la esclerodermia, se cree que el sistema inmunitario estimula las células denominadas fibroblastos para que produzcan cantidades excesivas de colágeno. En la esclerodermia, el colágeno forma un tejido conectivo grueso que se acumula alrededor de las células de la piel y de los órganos internos. En las formas más leves, los efectos de esta acumulación se limitan a la piel y a los vasos sanguíneos. En las formas más severas, también puede interferir con el funcionamiento normal de la piel, vasos sanguíneos, articulaciones y órganos internos.¹⁴

La piel es el órgano blanco implicado en esta enfermedad y su afección se distingue por tres fases: 1) *fase edematosa*, 2) *fase de induración*, y 3) *fase atrófica*. El tubo digestivo es otro de los sistemas más afectados, y de éste el esófago. El daño músculo-esquelético se manifiesta por dolores articulares,

contracturas en flexión, fibrosis de los tendones, entre otras. La lesión pulmonar más característica es la *fibrosis pulmonar*, aunque puede existir hipertensión arterial pulmonar; el corazón también se daña y puede haber arritmias, disfunción del ventrículo izquierdo, insuficiencia cardíaca, entre otras.

El riñón también se ve afectado y puede ocasionar crisis renal y daño del túbulo intersticial. Los criterios diagnósticos, son la esclerodermia proximal más dos

de los siguientes criterios menores: esclerodactilia, cicatrices digitales, pérdida de tejido en los pulpejos de los dedos y fibrosis pulmonar bibasal.⁹

- **Afectación de la piel**

La fase edematosa se debe al depósito en la dermis de glucosaminoglucanos. Figura 6.



Figura 6. Paciente con esclerodermia difusa en fase edematosa. La piel se observa turgente, lisa y brillante.⁹

Los pacientes se quejan de inflamación o edema de las manos, con disminución de la elasticidad de la piel, principalmente en los antebrazos, los brazos, las

manos, los pies, las piernas y los muslos; estos síntomas pueden acompañarse de prurito. Esta fase puede durar meses, luego aparece el endurecimiento de la piel. Los dedos de las manos se encuentran edematosos (dedos en salchicha), con pérdida de los pliegues y anexos, hay sequedad de la piel, fisuras y paroniquia; la pérdida de los pulpejos se debe a la isquemia y es frecuente en esta fase. La cara puede observarse ligeramente tensa.

Se presentan 2 fases: La fase de induración y la fase atrófica. Figuras 7.



Figura 7. A) Paciente en fase de endurecimiento grave, con piel de aspecto acartonado y úlceras en las articulaciones interfalángicas proximales. B) Paciente con esclerosis sistémica difusa, con telangiectasias generalizadas, facies características con labios adelgazados, en fase de atrofia.⁹

- **Alteraciones músculo-esqueléticas**

Las alteraciones músculo-esqueléticas incluyen artralgias y artritis inflamatoria, que puede ser erosiva o no erosiva, aunque es característica la resorción de los extremos de las falanges distales. Figura 9.



Figura 9. Paciente con esclerosis sistémica, reabsorción ósea de las falanges distales y manchas hipocrómicas en las manos⁹

Las artralgias y las mialgias son algunos de los síntomas más tempranos de la esclerosis sistémica. También puede observarse artritis; sin embargo, es frecuente el dolor, la rigidez articular y el dolor en los tendones. La movilización de las articulaciones puede ser dolorosa y acompañarse de fricción o roces causados por la fibrosis e inflamación de las vainas tendinosas. Este frote casi siempre se observa en la forma difusa de la enfermedad y tiene mal pronóstico. La movilidad articular puede afectarse, principalmente en los dedos de las manos, debido a las contracturas. Figura 10.



Figura 10. Fase de endurecimiento y afectación articular con deformidades por contracturas en flexión de las articulaciones interfalángicas proximales, que limitan la movilidad de las manos.⁹



La afectación muscular consiste en *miopatía o miositis*; los tendones y las bursas (saco lleno de fluido forrado por membrana sinovial con una capa capilar interior de fluido). También se afectan. Uno de los problemas principales es la atrofia y la debilidad muscular, condicionada, en parte, por el reposo prolongado y la inactividad causada por las contracturas por fibrosis. Esta fibrosis muscular puede asociarse con elevación de las enzimas musculares. Los síntomas musculares de debilidad se manifiestan en cerca del 80% de los casos y pueden ser leves o de menor importancia, en comparación con otros síntomas.⁹

Los terapeutas ocupacionales y los fisioterapeutas pueden aliviar el dolor e incrementar la funcionalidad. Se pueden recomendar dispositivos de ayuda que pueden hacer que las actividades cotidianas sean más fáciles. El proteger la piel puede mantener la circulación sanguínea en la misma y prevenirla de lesiones, así como conservar abrigado el cuerpo ayuda a abrir los vasos sanguíneos en los brazos, manos, piernas y pies.

También se recomienda proteger la piel con los siguientes consejos:

- ✓ Evitar bajas temperaturas, vestirse en capas, conservando el torso abrigado (ayuda a dilatar los vasos sanguíneos de las manos y de los pies, manteniendo así una buena circulación), evitando detergentes fuertes u otras sustancias que pueden reseca e irritar la piel, usar jabones, cremas y aceites de baño diseñados para prevenir la sequedad, así como reducir lesiones en áreas con acumulaciones de calcio.¹⁵

- **Afectación gastrointestinal**

Las alteraciones del aparato digestivo pueden observarse hasta en 90% de los casos con daño en la boca, por dificultad para la apertura oral, y enfermedad periodontal, que dificulta la masticación con pérdida de los dientes y desnutrición.

A continuación se muestran las manifestaciones gastrointestinales de acuerdo a cada zona. Tabla 5:

Esófago	Estómago	Intestino delgado	Colon	Ano rectal	Hepático
- Anormalidades en la motilidad. -Reflujo Gastroesofágico. -Esófago de Barret. -Esofagitis. -Hernia hiatal.	-Gastroparesia. -Gastritis por medicamentos. -Telangiectasias. -Sangrado del tubo digestivo.	- Pseudoobstrucción intestinal. - Sobrecrecimiento bacteriano (diarrea). - Telangiectasias. -Pneumosis intestinal. - SAID (diarrea).	-Estreñimiento. -Disminución de la motilidad. -Telangiectasias.	-Insuficiencia del esfínter anal interno. -Prolapso rectal.	-Cirrosis biliar primaria. -Hepatitis Autoinmunitaria. -Hepatitis por medicamentos.

Tabla 5. Manifestaciones gastrointestinales de la esclerosis sistémica.⁹

El esófago es el órgano más afectado (80 a 90% de los casos) y se distingue por disfagia, en especial a los sólidos. También existen manifestaciones de reflejo gastroesofágico. Este último y la esofagitis pueden expresarse como esclerosis sistémica difusa o sistémica limitada. Las complicaciones esofágicas son: aspiración, tos inexplicable, disfonía, dolor torácico atípico, entre otros. La esofagitis puede ocasionar erosiones, sangrado, estenosis y esófago de Barret.

La afectación del estómago se distingue por retardo en el vaciamiento gástrico; éste retiene los alimentos sólidos, lo cual agrava el reflejo y es causa frecuente de náuseas, vómito, saciedad temprana y sensación de distensión abdominal. El sangrado del tubo digestivo puede ser causado por esofagitis, gastritis o por las telangiectasias del mismo.

La *ectasia vascular antral* (estómago en sandía) puede ser una causa de sangrado del tubo digestivo en pacientes con esclerodermia sistémica. En el intestino delgado, la dismotilidad puede ser asintomática o, bien, causar pseudo-obstrucción con dolor abdominal, distensión y vómito. Los problemas

de la motilidad se manifiestan como: dolor abdominal leve, diarrea, pérdida de peso y desnutrición.

1. La desnutrición y la diarrea son consecuencia de la malabsorción causada por el sobrecrecimiento bacteriano ante estasis de alimentos (Detención o estancamiento de la progresión de un órgano del cuerpo); así también puede haber pneumatosis intestinal.

Hay afectación del intestino grueso y el recto, y se distingue por la disminución de la distensibilidad del colon. El estreñimiento intestinal y la distensión abdominal son las manifestaciones más frecuentes.

- **Afectación pulmonar**

La afectación pulmonar se manifiesta en casi todos los pacientes y junto con el daño cardíaco, es una de las principales causas de muerte. Tabla 6.

Manifestación clínica	Hipertensión arterial pulmonar	Fibrosis intersticial pulmonar
- Variedad de esclerosis sistémica.	- Es limitada (CREST)	- ES difusa.
- Frecuencia.	- 10%	- 75% (estudios post mortem)
- Síntomas	- Disnea, síncope.	- Disnea, tos.
- Signos.	-Segundo ruido pulmonar intenso.	- Estertores bibasales.
- Radiografía de tórax.	-Arteria pulmonar agrandada, cardiomegalia.	- Patrón reticulonodular.
-Tomografía de alta resolución.	- Parénquima pulmonar normal, arteria pulmonar dilatada.	- Líneas subpleurales y septales. Opacidades en vidrio despulido, quistes subpleurales.

Tabla 6. Manifestaciones pulmonares en la esclerosis sistémica.⁹



- La disnea de esfuerzos y la tos seca son las manifestaciones más frecuentes.
- El curso de la enfermedad pulmonar es variable y aproximadamente una tercera parte de los pacientes tiene una forma progresiva y grave de la enfermedad.⁹

- **Afectación cardíaca**

La afectación cardíaca por esclerosis sistémica, se distingue por una amplia gama de manifestaciones; sin embargo, estas alteraciones se hacen evidentes hasta las fases tardías de la enfermedad y los síntomas son de mal pronóstico.

Las manifestaciones más habituales son: disnea, dolor torácico anginoso y trastornos del ritmo, que pueden ser expresión de la fibrosis miocárdica.

La pericarditis, la insuficiencia cardíaca y la hipertensión pulmonar son manifestaciones de la enfermedad cardíaca. La afectación miocárdica es más frecuente en los pacientes con esclerosis sistémica difusa que cursan con miopatía.

- **Afectación renal**

La crisis renal se manifiesta sobre todo, en los pacientes con esclerosis sistémica difusa de evolución rápidamente progresiva. Su característica sobresaliente es la hipertensión maligna con encefalopatía, hiperreninemia, anemia hemolítica microangiopática e insuficiencia renal de rápido progreso; manifestación renal más importante.

El 10% de los pacientes con esclerosis sistémica tienen crisis renal y en 80% de ellos se desencadena durante los primeros cuatro años de la enfermedad. Los



pacientes con crisis renal resultan con: hipertensión arterial, cefalea, alteraciones visuales, insuficiencia cardíaca, trastornos neurológicos, como convulsiones y aumento de la tensión arterial mayor a 150/90 mmHg.⁹

- **Otras manifestaciones**

En la esclerosis sistémica también existen varias alteraciones endócrinas, como el hipotiroidismo y la tiroiditis de Hashimoto, además de hiperprolactinemia, adenomas hipofisarios, osteoporosis, alteraciones neuropsiquiátricas, como la depresión, neuropatía periférica y síndrome del túnel del carpo. Asimismo, hay alteraciones hepáticas, como cirrosis biliar primaria o hepatitis autoinmunitaria.⁹



CAPÍTULO 2 REHABILITACIÓN PROTÉSICA INTRAORAL

2.1 Esclerodermia en cabeza y cuello

De acuerdo con las características que ya se han mencionado, nos enfocaremos en sitios específicos de manifestaciones clínicas de cabeza y cuello, que serán consideradas ante una rehabilitación integral odontológica.

2.1.1 Manifestaciones clínicas

La esclerodermia al ser una enfermedad multisistémica caracterizada por cambios inflamatorios, vasculares y escleróticos de la piel, así como de órganos internos, también presenta manifestaciones faciales y en cavidad oral.¹¹

2.1.1.1 Faciales

Dentro de las manifestaciones clínicas a nivel facial se observa que los músculos de los labios y la cara se estrechan, resultando en una condición conocida como "boca pequeña" (apertura bucal disminuida-microstomía), presentándose pliegues radiales peribucales; por lo que hablar, comer y realizar la higiene dental es complicada. Se llega a presentar el síndrome de dolor miofacial, provocado por la tensión muscular alrededor de la articulación temporomandibular (ATM). La esclerodermia localizada, "en coupe de sabre", presenta una línea de piel engrosada en la frente o alguna otra parte de la cara.

Se pierden las líneas de expresión, la nariz se torna pequeña y afilada, los párpados inferiores se atrofian y endurecen, lo que se puede dificultar el cierre completo de los ojos. Mientras que en las mejillas, dorso, nariz, frente, mucosas y labios se pueden observar las típicas telangiectasias.¹¹

En la fase crónica de la esclerodermia sistémica, se puede observar: esclerodactilia, limitación para la apertura bucal, adelgazamiento y retracción de

los labios, arrugas verticales alrededor de la boca, así como úlceras digitales dolorosas. La piel facial se torna lisa y tensa como una máscara, las alas nasales se encuentran atróficas como en «facies de ratón» o de «apariencia pellizcada».

Figura 11.



Figura 11. Compromiso facial-piel tersa, ausencia de pliegues, nariz aguzada, disminución de apertura bucal.¹⁶

A nivel ocular se ha presentado enoftalmos, compromiso de párpados, músculos oculomotores y el iris. Cuando se presenta compromiso del esqueleto facial varía dependiendo de la severidad de la enfermedad. En el tipo lineal se han manifestado maloclusiones, pseudoanquilosis de la articulación temporomandibular, fracturas patológicas así como reabsorción mandibular, comprometiendo ya sea el ángulo, rama, cóndilo, apófisis coronoides y el cuerpo mandibular (generalmente bilateral y simétrico).^{17, 20} Figura 12.



Figura 12. Manifestaciones clínicas faciales de pacientes con esclerodermia.

A) Paciente desdentada total superior, limitación de apertura bucal, adelgazamiento y retracción de los labios, B) Paciente que presenta adelgazamiento marcado de los labios, microstomía, piel lisa, tensa y arrugas verticales peribucales. Fuente directa.

2.1.1.2 Cavidad oral

A medida que aumenta el engrosamiento de la piel, las articulaciones subyacentes experimentan una limitación de movimientos. Los individuos con enfermedad generalizada pueden presentar dolor por compromiso de las vainas tendinosas que simulan una artritis inflamatoria. Es posible palpar crepitación durante los movimientos activos o pasivos de las áreas afectadas. Las manifestaciones artríticas son frecuentes, donde la limitación del movimiento conduce a atrofia muscular por desuso y la debilidad puede agravarse por la presencia de una inflamación músculo esquelética asociada. En el 10% a 20% de los pacientes por año, se desarrollan ulceraciones en el pulpejo de los dedos y pueden observarse un acortamiento y atrofia de los dedos por reabsorción isquémica de las falanges.

En cavidad oral se manifiesta desde los labios con un adelgazamiento, disminución de la apertura oral, rigidez en los labios, aparecen pliegues radiados que recuerdan a una bolsa de tabaco, la lengua puede endurecerse y ponerse rígida, dificultando el habla y la deglución, originando así el compromiso de esofágico con disfagia.

Las afecciones más frecuentes son:

Labios: el bermellón labial se adelgaza y la piel que lo recubre se torna lisa, fina rígida y atrófica. Se produce una contracción del tejido peribucal y aparecen los característicos surcos radiales en torno del orificio bucal. Al principio puede haber dificultad en la apertura bucal y las fases avanzadas pueden derivar en microstomía (figura 13).⁸



Figura 13. Esclerodermia sistémica progresiva.⁸

Lengua: la esclerosis o endurecimiento lingual es la manifestación más común. Provoca la disminución de su movilidad, con dificultades para la deglución, la masticación y el habla.

Mucosa: su afectación puede derivar en fibrosis, atrofia y adherencia a planos profundos. También pueden aparecer telangiectasias y fenómenos de calcinosis.⁸
Figura 14.

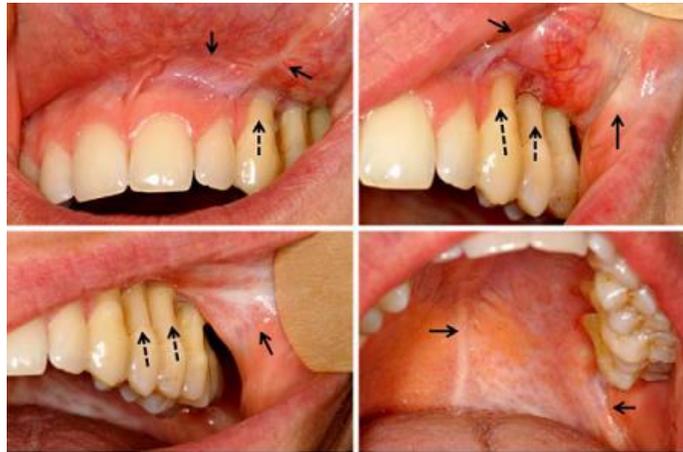


Figura 14. Características clínicas de la recesión gingival que afecta la cúspide superior izquierda del primer molar (flechas negras discontinuas) y una placa blanca bien delimitada en el vestíbulo maxilar.¹⁸

Tejidos periodontales: puede producir ensanchamiento de ligamento periodontal (65% más en dientes posteriores que los anteriores, de acuerdo Wood y Lee reportan que hay movilidad dental, pérdida de inserción y enfermedad periodontal), recesiones gingivales y un riesgo mayor de desarrollo de afecciones periodontales.¹⁷

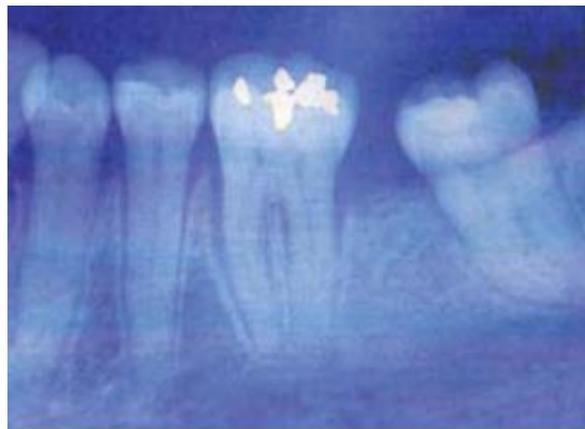


Figura 15. Ensanchamiento del ligamento periodontal.¹⁹

Caries: debido a la xerostomía y a la dificultad en la higiene oral, se produce un incremento en la incidencia y gravedad del ataque carioso.

Xerostomía: el compromiso de las glándulas salivales o fibrosis intraglandular secundaria aparece en el 70% de los afectados.

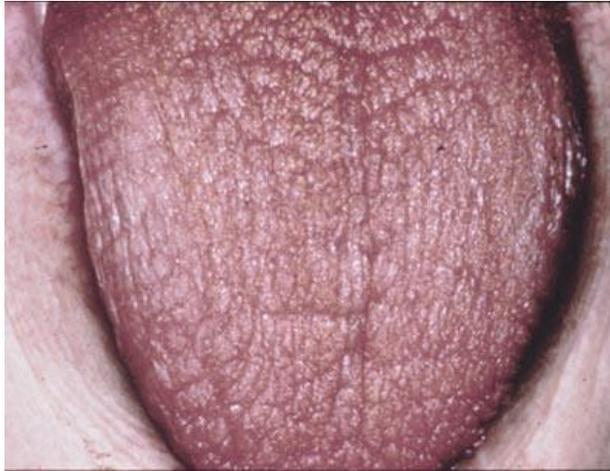


Figura 16. Boca seca por atrofia de glándulas salivales.²⁰

Ante la microstomía en casos más severos, se requiere la realización de comisurotomías. En esclerodermia lineal se llegan a presentar espacios y dirección de los dientes y compromiso mandibular; no se han encontrado cambios en la membrana periodontal.¹⁷

Resorción ósea: si hay afectación ósea, puede producirse la resorción del ángulo de la mandíbula, el cóndilo, la apófisis coronoides y del borde posterior

de la rama mandibular. En casos extremos representa un factor de riesgo de fractura mandibular.

Las manifestaciones orales de la esclerodermia, resultan del depósito de colágeno alrededor de los nervios y vasos. Todos los tejidos de la cavidad oral pueden estar comprometidos. Telangiectasias de la mucosa oral, síndrome de Sjögren y problemas mucogingivales, como pérdida de la encía adherida y múltiples focos de recesiones gingivales también pueden estar presentes.



En estudios radiográficos se ha encontrado que casi un tercio de los pacientes con esclerosis sistémica presentan ensanchamiento uniforme de la membrana periodóntica.¹⁷

De acuerdo a las manifestaciones clínicas en cavidad oral no podemos olvidar que la Fisioterapia es imprescindible en los pacientes con esclerodermia al facilitar la movilidad articular y proteger la integridad de las articulaciones.

La Fisioterapia mejora el balance articular facilitando las actividades de la vida diaria y la marcha, lo que repercute en una mayor calidad de vida del paciente. La fisioterapia antiálgica (que hace que un dolor o molestia sea menos intenso o desaparezca) realizada con técnicas como la hidroterapia, termoterapia y electroterapia, alivia el dolor del paciente.

Por todo ello, el tratamiento de fisioterapia ayuda como paliativo a los efectos de esta enfermedad con métodos como la hidroterapia, la cinesiterapia (método curativo de algunas deformaciones de los huesos que se fundamenta en estiramientos y ejercicios respiratorios, ayudando a mantener y aumentar el rango articular en los movimientos activos o pasivos del cuerpo o de una parte de él) y mejorar la función respiratoria, consiguiendo así una mejor calidad de vida para el paciente afectado.²¹

2.2 Consideraciones en la rehabilitación protésica del paciente con esclerodermia

Es importante establecer un adecuado plan de tratamiento ante la rehabilitación protésica, considerando la fase higiénica periodontal, eliminación de caries y la colocación de restauraciones, provisionales, prótesis inmediata y/o definitivas, según sea el caso en particular. Figura 17.²²



Figura 17. Fotografía de frente intraoral, donde se observa el estado de salud oral de un paciente con esclerodermia.²²

Los sustitutos de saliva, como el caso de la solución estabilizada de electrolitos, se usan en pacientes con xerostomía con el fin de suplir a largo plazo algunas funciones de la saliva, como lubricación, aportar iones necesarios en la cavidad oral y contribuir a la formación de una película sobre las mucosas y los dientes.

Así, se recomiendan sesiones de ejercicios de apertura bucal para ayudar a mantener el nivel de apertura, mejorando a largo plazo el uso de la prótesis removible. La terapia de ejercicios consiste en aplicar un poco de vaselina en las semi-mucosas labiales, luego estirar hacia los lados lo mayor posible las comisuras con los dedos pulgares durante 15 segundos seguido de 10 segundos de descanso, repetir y realizar en tiempos similares aperturas bucales, lo mayor posible. El tiempo de ejercicios se realiza durante 15 min 2 veces al día.

Nota: Se debe tomar una ortopantomografía final un año después como parte del control del tratamiento para valorar el resultado del tratamiento. También es necesario llevar un el control de la higiene oral del paciente.²²

Medidas de higiene bucal: Los pacientes con xerostomía deberán reforzar las técnicas de higiene bucal que incluyen el uso del cepillo dental con las cerdas más suaves, pastas dentales con fluoruros, uso del hilo dental y enjuagues bucales.



Los geles con fluoruro de sodio al 1% o gel de fluorfosfato acidulado al 1% y el uso de pastas dentales que contengan fluoruros, pueden ser aplicados en el cepillo dental y dejar el gel sobre los dientes de 2 a 3 minutos antes de escupirlos.

Nota: El gel de fluoruro también puede ser aplicado en cubetas individuales bien ajustadas que se colocan sobre los dientes dejándose por 4 minutos antes de remover la cubeta. Se recomienda este tipo de aplicación con una frecuencia semanal por un lapso de cuatro a seis semanas.²²

Los enjuagues bucales también ayudan a la eliminación de detritus alimenticios y a mantener la mucosa lubricada, pero pueden producir ardor al paciente cuando la mucosa está alterada, en esos casos, se recomienda el uso de soluciones salinas o enjuagues con bicarbonato de sodio. Estos enjuagues se recomiendan cada 2 a 4 horas dependiendo de la necesidad del paciente. El uso de enjuagues bucales con clorhexidina al 0,12% dos veces al día o la aplicación de clorhexidina en gel al 1% todas las noches por 14 días, puede reducir el contaje de *Lactobacillus* disminuyendo la formación de caries dental.

También se debe complementar la higiene con enjuagues antimicrobianos no azucarados y sin alcohol, debiendo recordarle al paciente que son sólo medios químicos auxiliares y que es muy importante y más eficaz la remoción mecánica de la placa. Estos enjuague pueden ser con clorhexidina al 0.12% libre de alcohol durante 5 minutos.

Se puede aplicar clorhexidina en gel en domicilio o en concentraciones del 1% o 5% en el consultorio, logrando una gran reducción en la población de *Streptococcus mutans*.²²



Los pacientes con enfermedades sistémicas que ven limitado sus movimientos, se les indican cepillos dentales modificados, cepillos dentales eléctricos e irrigadores de agua a presión.

El momento más importante para la higiene bucal es en la noche antes de dormir, ya que la presencia de placa dental y restos alimenticios, sumado a la disminución del flujo salival durante el sueño, proporcionan condiciones óptimas para el desarrollo de caries dental.²³

Uso de sustancias paleativas: Los pacientes que tienen xerostomía toman una variedad de líquidos como autotratamiento. El líquido de primera elección es el agua (ingerida principalmente durante las comidas). Algunas personas encuentran que las bebidas carbonatadas y los jugos de frutas alivian mejor la sensación de sequedad de la boca. Lo que se contraindica es el consumo de caramelos, gotas ácidas y mentas porque predisponen a la aparición de caries dental.

Otra medida alternativa es el uso de humidificadores de ambientes en la habitación, principalmente de noche, lo cual ayuda al alivio de la sequedad de la garganta y la lengua.

Nota: Una queja común de los pacientes con xerostomía es la sequedad de los labios, por lo que se recomienda el uso de labiales a base de petrolatum y cremas con lanolina, que aplicadas regularmente ayudan a hidratar los tejidos.²³

Para la inflamación de las mucosas bucales se deben tomar medidas preventivas y de tratamiento para atenuar o evitar las consecuencias de la misma. Entre las medidas preventivas se debe promover la higiene regular del paciente (cepillado después de cada comida y antes de dormir, enjuagues bucales con clorhexidina y consultas frecuentes con el odontólogo), estimularlo a tener una alimentación balanceada con la toma adicional de vitamina B y C, la toma de por lo menos 2



litros de agua al día para promover la hidratación. También se indica el uso de un elixir compuesto por Benadryl® (antihistamínico) Kaopectate® (antidiarreico) o Maloox® (antiácido), esta solución se debe indicar como enjuague bucal, en caso de ingestión se debe advertir al paciente que el Benadryl® puede producir somnolencia. Estos enjuagues bucales se indican varias veces al día y especialmente antes de las comidas.²⁴

Para conocer más a fondo sobre el estado de salud oral, así como experiencias personales, se realizaron encuestas en la Asociación Mexicana de Orientación, Apoyo y Lucha contra la Esclerodermia A.C, en los anexos se encuentra dicha información.

• NUTRICIÓN

La esclerosis sistémica es una enfermedad del tejido conectivo caracterizada por inflamación y fibrosis de múltiples órganos.

La afectación del tracto gastrointestinal se manifiesta por la aparición de disfagia orofaríngea, disfagia esofágica, reflujo gastroesofágico, gastroparesia (condición que reduce la capacidad del estómago para vaciar su contenido), pseudoobstrucción, sobrecrecimiento bacteriano malabsorción intestinal, estreñimiento, diarrea y/o incontinencia fecal. Estas afectaciones condicionan ingesta alimentaria y la absorción intestinal y conducen a la aparición progresiva de deficiencias nutricionales. Alrededor de un 30% de los pacientes con esclerosis sistémica presentan un riesgo de malnutrición. En el 5-10%, los trastornos gastrointestinales son la principal causa de muerte.²⁵

Las alteraciones patológicas principales del TGI consisten en la atrofia de la musculatura lisa y fibrosis de la pared intestinal, siendo la disfagia y el reflujo gastroesofágico las manifestaciones digestivas más comunes en la esclerodermia sistémica.



- **Disfagia orofaríngea**

Se debe a una alteración de la motilidad orofaríngea que dificulta el paso del bolo alimenticio de la boca a la orofaringe. En este caso, la reducción en la producción de saliva conlleva una disfagia orofaríngea debido a la imposibilidad

de lubricar correctamente el bolo alimenticio antes de ser transferido al esófago. Además, el deterioro de la secreción salival aumenta el riesgo de desarrollar enfermedad periodontal y caries, dificultando la masticación, por lo que la evaluación de la cavidad oral debe incluirse de manera rutinaria en la exploración física de los pacientes. La disfagia orofaríngea se caracteriza por aparecer a los pocos segundos de iniciar el acto de la deglución, se manifiesta por la sensación de retención de los alimentos en la garganta y la necesidad de tragar repetidamente, por sensación de atasco del alimento.

A menudo se acompaña de regurgitación del bolo alimenticio en la nasofaringe, que conlleva la salida de alimento por la nariz o aspiración laríngea. La disfunción de los músculos constrictores de la faringe puede ocasionar disartria, voz nasal y regurgitación faringonasal. En los casos más severos, el paciente no puede deglutir la saliva y presenta sialorrea.²⁵

- **Disfagia esofágica**

La sobreproducción de colágeno da lugar a un engrosamiento y fibrosis. Los músculos se debilitan y causan alteración de la motilidad, mecanismo que conlleva disfagia esofágica. Dicha alteración puede variar desde una falta de coordinación de la motilidad esofágica hasta la existencia de una parálisis completa del esófago. Esta disfunción da lugar a reflujo del contenido gástrico hacia el esófago. Los daños esofágicos se pueden manifestar como una úlcera péptica o progresar a una esofagitis erosiva, hemorragia y ulceración franca.



Las intervenciones dietéticas dependen del grado de afectación pero, además de asegurar un aporte nutricional adecuado, van dirigidas a modificar la textura de los alimentos, lograr una lubricación adecuada de los alimentos y una consistencia homogénea idónea para el tipo de disfagia, así como reducir y/o evitar los problemas asociados a la misma. Las recomendaciones dietéticas en caso de disfagia orofaríngea se exponen en la tabla 7.²⁵

RECOMENDACIONES

- Coma despacio y mastique bien
- Coma cantidades pequeñas de alimento y de manera frecuente (repartiendo la comida 5-6 comidas al día)
- Para facilitar la deglución se recomienda tomar alimentos ligeramente fríos
- Beba agua u otros líquidos entre bocado y bocado para ayudar a la deglución de los alimentos
- Lleve una botella de agua siempre con usted y beba pequeños sorbos de agua durante todo el día (6-8 vasos de agua al día en total) para asegurar todas las funciones corporales así como la producción y la calidad de saliva
- El consumo de chicles sin azúcar puede ayudar en algunos casos a estimular la producción de saliva y a prevenir la caries dental
- Suavice los alimentos con aceite, mantequilla, margarina o salsas, sobre todo la carne y las verduras
- Humedezca los alimentos secos como el pan o las galletas sumergiéndolos en líquidos
- Obtenga la consistencia deseada añadiendo agua, leche o caldos o espesantes (maicena, harina, cereales infantiles o preparados comerciales específicos)

Tabla 7. Recomendaciones dietéticas en caso de problemas de deglución.²⁵

- **Reflujo gastroesofágico**

Se define como la regurgitación del contenido gástrico y duodenal hacia el esófago debido principalmente a la disminución de la presión del esfínter esofágico inferior. Las recomendaciones se basan en realizar cambios alimentarios evitando aquellos alimentos y posturas que potencien el reflujo. Tabla 8.²⁵



RECOMENDACIONES

- Beba muchos líquidos (entre 6 y 8 vasos al día)
- Realice comidas de pequeño volumen pero con más frecuencia (5-6 al día)
- Coma despacio y mastique bien los alimentos
- Coma alimentos de consistencia blanda o en puré
- Evite las temperaturas extremas de los alimentos
- Evite los alimentos grasos y la grasa (mantequilla, nata)
- Utilice cocciones sencillas (plancha, horno, papillote, vapor, hervido)
- Permanezca sentado durante 1-2 h después de las comidas, ya que la gravedad ayudará a bajar los alimentos
- Eleve la cabecera de la cama y coma 2-3 h antes de ir a dormir

Evite la ingesta de los siguientes alimentos:

- Bebidas alcohólicas
- Bebidas gasificadas: colas, naranjadas, gaseosas
- Chocolate y derivados
- Cafeína (café, té)
- Vinagre de vino
- Especias (pimienta, mostaza, clavo, orégano)
- Frutas cítricas (naranja, mandarina, limón, pomelo)
- Quesos curados y fermentados (manchego, cabrales, roquefort)
- Alimentos integrales: pan integral, arroz integral, pasta integral, cereales integrales, salvado.
- Ajo y cebolla
- Según tolerancia: pepino, pimientos y melón

Alimentos aconsejados

- Leche, yogures, flanes, natillas, cremas, queso fresco
- Helados, sorbetes, pudín, mousses, soufflé...
- Gelatinas
- Alimentos con textura blanda o que se puedan aplastar: purés de legumbres, purés de verduras, tortilla francesa, huevo revuelto, frutas en compota

Continúa...



Alimentos aconsejados

- Leche, yogures, flanes, natillas, cremas, queso fresco
- Helados, sorbetes, pudín, mousses, soufflé...
- Gelatinas
- Alimentos con textura blanda o que se puedan aplastar: purés de legumbres, purés de verduras, tortilla francesa, huevo revuelto, frutas en compota

Alimentos que evitar

- Alimentos pegajosos como arroz hervido, pan de molde, puré de patata, plátano
- Alimentos astillosos como la carne a la plancha, alcachofas, espárragos
- Alimentos secos como frutos secos, pan tostado, patatas, galletas
- Pescado con espinas y carne con huesos pequeños (como el conejo)

Cuadro 8. Recomendaciones dietéticas en caso de reflujo gastroesofágico.²⁵

Las manifestaciones a nivel del colon incluyen: dilatación luminal o neumatosis, pseudoobstrucción, estreñimiento, diarrea, incontinencia fecal y hemorragia, a menudo oculta por sangrado de las telangiectasias. En los pacientes con manifestaciones graves del intestino delgado y pérdida de respuesta a los antibióticos, hay que plantearse la alimentación artificial. Una alternativa puede ser la nutrición enteral nocturna, aunque en la mayoría de los casos resulta más conveniente y aceptado por el paciente una gastrostomía percutánea. Pero la progresión natural de la enfermedad puede hacer necesaria la alimentación parenteral.²⁵

Es necesario tener en cuenta las siguientes medidas, para tener la nutrición deseada:

- **Constipación:** se debe a la alteración de la motilidad intestinal. En las primeras fases aparece estreñimiento y pueden ser eficaces los



laxantes de manera inicial, así como la fibra dietética soluble, que también puede ayudar a mejorar el control de la incontinencia fecal. Deben evitarse los hidratos de carbono no absorbibles como el sorbitol o la lactulosa (azúcar sintético usado en el tratamiento del estreñimiento y la encefalopatía hepática), ya que empeoran los síntomas de flatulencia y discomfort (estrés térmico), favoreciendo también el sobrecrecimiento bacteriano.

- **Diarreas:** los consejos dietéticos en este caso tienen un efecto limitado, siendo el objetivo principal la reducción de los síntomas clínicos como malestar posprandial, sensación de hinchazón y pérdida de peso. El primer paso es indicar una dieta pobre en fibra con alimentos de fácil digestión y absorción. La restricción de hidratos de carbono de la dieta puede reducir la fermentación intestinal, ya que constituyen la principal fuente de energía de las bacterias, y contribuir a reducir la sintomatología clínica.
- La afección del TGI en los pacientes con esclerodermia sistémica es muy frecuente. A lo largo de todo el trayecto gastrointestinal se observan manifestaciones clínicas en relación con el tramo interesado. El denominador común de la afección del TGI es la desnutrición. Es sabido que la desnutrición se asocia a mayor morbilidad, mortalidad y a una menor calidad de vida. El cribado, detección y actuación precoz mediante un equipo multidisciplinar, que incluya la intervención nutricional, es una prioridad en los pacientes con esclerodermia sistémica.²⁵



2.3 Complicaciones que se pueden llegar a presentar durante la rehabilitación protésica del paciente con esclerodermia

La sequedad hace que los pacientes estén más predispuestos a la pérdida dental, particularmente en puntos inusuales como los bordes de los dientes frontales y alrededor de los márgenes de las encías. También pueden aparecer

infecciones debajo de las prótesis totales superiores y las comisuras labiales y pueden surgir infecciones salivales por la falta de humedecimiento en los ductos glandulares. Pacientes con prótesis pueden encontrar problemas para retención de las dentaduras y ser más propensos a desarrollar úlceras. Tras años de tener xerostomía, los pacientes también pueden desarrollar una boca lisa y dolorosa.²⁶

Nota: Se puede presentar cierta complejidad durante el análisis facial y estético ante una rehabilitación protésica intraoral, como el análisis de la sonrisa, orientación del rodillo superior en Prostodoncia total o en pacientes parcialmente dentados, debido a que involucra no solo cambios en la apariencia facial ya antes mencionada que influyen en la autopercepción de la persona, sino también clínicamente por el adelgazamiento de los labios, alteración de la dimensión vertical (tercios faciales) así como cambios de los tejidos intraorales que complican el tratamiento protésico.²⁶

Se pueden presentar complicaciones ante adelgazamiento de los labios, convirtiendo al tejido fino y rígido, aunado a la contracción de los músculos peribucales ante la necesidad de selección del portaimpresión, toma de impresiones, procedimientos restauradores (resinas, amalgamas, incrustaciones), tratamientos endodónticos con periodos de trabajo más largos.

Al disminuir la movilidad lingual, dificulta el proceso de rectificación de bordes en Prostodoncia Total y por lo tanto el proceso de adaptación protésica se ve



complicada junto a la deglución, masticación y el habla. Ante los cambios fibróticos y el ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal, la movilidad dental y recesiones gingivales son probables, por lo que es necesario un adecuado control periodontal en sus diferentes fases de tratamiento, influyendo en el análisis oclusal por extrusiones o giroversiones ya sea que permanezcan en boca como pilares protésicos, o se tomen de referencia para la elaboración de una prótesis total. La rehabilitación protésica se ve comprometida por la xerostomía, originando problemas de retención y estabilidad de la prótesis, ulceraciones e incomodidad, provocando dificultad de adaptación protésica y en caso de ser parcialmente dentado, aumenta el riesgo de caries; por lo que deben estar en constante valoración.²⁶

Mientras que la microstomía, al ver disminuidas las distancias intercomisurales e intercisales de menos de 40 mm, puede limitar al paciente al habla, higiene oral y la atención odontológica, comprometiendo el uso de prótesis removibles.²⁶

Es indiscutible la dificultad que representa la microstomía al momento de realizar los procedimientos odontológicos inclusive la higiene y cuidados para el propio paciente. Debido a su diversa etiología, la microstomía es una entidad de relativa frecuencia que se puede presentar en la atención hospitalaria e incluso en la actividad privada cuyo enfoque de tratamiento casi siempre debe ser multidisciplinario.

El diseño y uso de cubetas y aparatos seccionales y prótesis plegables o seccionales ayudan a resolver de modo favorable los retos, dificultades y limitaciones que involucran los tratamientos de rehabilitación oral. Para ello se disponen de distintos diseños y materiales más el agregado de conocimientos, experiencia e ingenio los rehabilitadores logran un pronóstico de tratamiento favorable. Sin embargo, no debe dejarse de lado la implementación de terapias

previas a dichos procedimientos rehabilitadores que pueden favorecer el pronóstico de los mismos (figura 18).²⁷



Figura 18. Rehabilitación de pacientes con microstomía.

La cirugía periodontal no se aconseja debido a que el periodonto es el sitio más común de inicio de la infección oral y sistémica. Para las extracciones se deben seguir las siguientes pautas: usar una técnica lo más atraumática posible, estrictamente aséptica, realizar alveoloplastia si es necesario y regularización ósea, logrando un cierre por primera intención, dejando 14-21 días para su completa cicatrización y control periódico de la misma.

- Antes de realizar las extracciones se debe tener en cuenta, cual va a ser el tratamiento rehabilitador protésico oral o buco maxilofacial a realizar, considerando los anclajes dentarios.
- Los dispositivos protéticos que no ajusten bien pueden traumatizar la mucosa oral y aumentar el riesgo de invasión microbiana.



- Se deben tomar radiografías convencionales de las piezas a tratar y ortopantomografía al inicio del tratamiento. Luego se debe hacer control clínico y radiológico cada seis meses para evaluar el estado de las restauraciones, ante posibles recidivas de patologías pulpaes y/o periapicales.
- Los hisopos pueden ser útiles para limpiar los rebordes maxilares y mandibulares de áreas edéntulas, del paladar y de la lengua. Debido a que la resequedad de los labios reduce el riesgo de las lesiones. Los productos para el cuidado de los labios contienen aceites y ceras que pueden resultar útiles.
- Las cremas y ungüentos a base de lanonina pueden ser más eficaces en proteger contra este tipo de trauma. Esta afectación puede ser provocada al respirar por la boca y la xerostomía secundaria a las medicaciones anticolinérgicas; entre otros fármacos; utilizadas para el manejo de las náuseas la favorece aún más.

A continuación se presenta un resumen de las diferentes consideraciones que conllevan a complicaciones para una rehabilitación intraoral. Tabla 9.

Consideraciones	Complicaciones
-Pérdida dental y ósea por enfermedad periodontal.	-No hay retención de la dentadura parcial o total.
-Estética (Análisis facial).	-La orientación del rodillo se ve afectada.
-ATM.	-Se ve afectado el movimiento por resorción de la misma en ciertos

Continúa...



	casos, derivando así, desgaste de hueso trabecular.
-Trismus.	- Dificultad ante las tomas de impresión, por difícil acceso y ajuste de los portaimpresiones.
-Xerostomía.	- La adaptación de la dentadura es difícil ante la irritación de la misma a tejidos de soporte, así como menor retención protésica.

Tabla 9. Consideraciones a tomar en cuenta para la rehabilitación de pacientes con Esclerodermia. Fuente directa.²⁰

- En las enfermedades de Tejido Conjuntivo per sé y/o por el uso de corticoides se puede generar osteoporosis secundaria, reteniendo con menor facilidad los dientes.
- Los cambios en la piel con el engrosamiento y el endurecimiento de la misma hace que cambie el aspecto físico de manos y rostro, teniendo gran repercusión a nivel psicológico al cambiar el aspecto facial (este tema se nombrará a mayor detalle en el siguiente capítulo).²⁹



Figura 18. A) y B) "Fascies de pajarito", telangiectasias faciales y microstomía en fases avanzadas de esclerodermia. ²⁸



CAPÍTULO 3 ASPECTOS EMOCIONALES Y SOCIALES DE UN PACIENTE CON ESCLERODERMIA

3.1. Expectativas de vida

Cuando un paciente es diagnosticado con una enfermedad crónica degenerativa, invariablemente atraviesa por agudas etapas de estrés, de depresión y de ansiedad, principalmente. Puede ser que con el curso del tiempo supere y/o aprenda a controlar estados emocionales, producto de lo que socialmente significa vivir con una enfermedad de tales características (una enfermedad para toda la vida), pero también puede suceder que nunca se logre superar tal condición, y que a medida que pase el tiempo las etapas depresivas y estresantes sean cada vez más profundas y prolongadas, conforme avance la enfermedad.²⁹

Al ser incapacitante, la vida laboral y social se ve afectada o comprometida con frecuentes cuadros depresivos y de ansiedad reactivos, así como dificultad para conciliar el sueño.

Conforme se va dando el proceso de envejecimiento, es de principal importancia que se dé una experiencia positiva para la persona, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) utiliza el término envejecimiento activo, cuyo objetivo es aumentar la esperanza de vida saludable en la vejez, mantener la autonomía, y promover la salud con la finalidad de que los adultos mayores sean productivos e independientes, evaluando la calidad de vida relacionada con la salud oral que nos permite tener un acercamiento en las áreas de oportunidad dirigidas al envejecimiento activo, considerándolo aún más en pacientes con enfermedades aunado a dicho proceso.³⁰



- **Control del estrés**

La tensión o estrés social y emocional pueden ser parte de la vida de quienes padecen una enfermedad crónica. Se recomienda ser abierto con sus sentimientos, así como coordinarse con su familia y amigos, con la finalidad de que sepan cuáles son sus habilidades y necesidades.¹⁵

También puede presentarse una resistencia a sentir debido a no saber qué hacer con el dolor emocional o con las emociones no gratas. La resistencia o un constante estado defensivo a no querer sentir o a hacer contacto con los demás, genera fuerte tensión en el sistema nervioso, debilita el sistema inmune y predispone la aparición de esta afección.³¹

- **CALIDAD DE VIDA**

La OMS, durante el Foro Mundial de la Salud en Ginebra (1966), definió el concepto de calidad de vida como: “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses”.²⁹

- **CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR**

La calidad de vida de las personas mayores está estrechamente relacionada con la capacidad funcional y el conjunto de condiciones que les permiten mantener su participación en su autocuidado, en la vida familiar y social, reestructurando su vida en torno a sus capacidades y limitaciones propias, aprendiendo a disfrutar de la vejez y viviéndola a plenitud.



- **CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD ORAL (CVRSO)**

Las enfermedades bucodentales influyen en la calidad de vida y afectan diversos aspectos del diario vivir, como la función masticatoria, la apariencia física, las relaciones interpersonales e incluso las oportunidades de trabajo.³²

Así mismo se define que la calidad de vida bucodental es la autopercepción que tiene el individuo respecto a su estado de salud oral en relación con su vida diaria al masticar, al relacionarse con otras personas, además de cumplir con su satisfacción estética. Una de las consecuencias de la deficiente salud bucodental es la pérdida de los dientes naturales que puede limitar la gama de alimentos consumibles, por lo que los individuos consumen de preferencia alimentos suaves y eliminan de su dieta los que son difíciles de masticar, lo que se traduce en una alimentación deficiente, debido a que los alimentos que se evitan con mayor frecuencia son ricos en proteínas y fibra. Además, esto incide en su autoestima y en su comunicación con las demás personas, esto último por alteraciones de la fonación.²⁹

Es por eso, que los profesionales la salud bucodental buscan devolver la funcionalidad y la estética a partir de la rehabilitación protésica; sin embargo, si estas tienen un ajuste pobre, son inestables o incómodas, esto también afecta su calidad de vida.³²

En el siguiente cuadro podemos entender las necesidades para una calidad de vida, así como su evaluación (cuadro 10):³⁶



Cuadro 10. Aspectos a evaluar para llevar una calidad de vida y bienestar humano.

3.2 Autopercepción

Las enfermedades crónicas son aquellas cuyos síntomas en las personas prolongan de por vida y afectan su capacidad para realizar sus actividades habituales; su tratamiento médico es de eficacia limitada y frecuentemente contribuye al malestar físico y psicológico de los pacientes y sus familias; impactan en la percepción que tienen sobre su cuerpo quienes las padecen, en su orientación respecto al tiempo y el espacio, el sentido de su vida y la de sus familias, su autoestima, sentimientos de motivación y dominio personal.²⁹

Las personas que las padecen y su red más cercana tienen que aprender a vivir cotidianamente y durante toda su vida con los síntomas y complicaciones que ocasionan cambios físicos, estigma social y afecciones emocionales como: temores, angustia, tristeza, culpa.²⁹



La reacción más común ante el diagnóstico de esclerodermia o cualquier otra enfermedad, es preguntarse ¿Por qué yo?, ¿y ahora qué van a suceder las manifestaciones?, y llegan a sentirse culpables de lo que les sucede. Es muy común que el paciente se sienta desconcertado sin saber a quién o donde acudir.

Los sentimientos que se pueden presentar en un paciente son: shock inicial, temor ira, angustia, culpabilidad, tristeza o depresión. Estos sentimientos no son buenos ni malos, simplemente se tienen, compartirlos con la familia, amigos, o con otros que hayan pasado por la misma experiencia puede ser de gran ayuda.

A nivel social los problemas que surgen son entre otros:

- Incomprensión social como hacerse preguntas de este tipo: *“como explicar que a veces puedo y otras no, como explicar que se necesitan unas horas por la mañana para ponerse en marcha, que cumplir con una jornada laboral completa es casi imposible. Como hacer entender que cualquier actividad extra supone un desgaste mucho mayor que para cualquier otro y que el tiempo de recuperación también se multiplicará”*.
- Cambio o pérdida del estatus social, por la pérdida o cambio del trabajo.
- Dificultad para conseguir en el ámbito laboral adaptación del puesto laboral ante la discapacidad.
- En los adultos mayores es muy común darse la situación de necesitar o bien, pasar a que se les otorgue una pensión por invalidez total y en muchas ocasiones es difícil obtener una invalidez absoluta por la falta de información sobre su enfermedad.



- Cambio en la utilización del tiempo libre.
- Incremento del gasto por las necesidades propias de la enfermedad.³⁰

De acuerdo a la encuesta que se realizó en la **Asociación Mexicana de orientación, apoyo y lucha contra la Esclerodermia (AMES)**, los pacientes nos refirieron los siguientes testimonios de su percepción sobre la enfermedad, desde el punto de vista psico-social, ¿Qué es vivir con esclerodermia?.

- “Una pérdida es complicada, al tener cambios en el rostro, todos te preguntan ¿qué te paso?. “ (anónimo)
- “Es una enfermedad discapacitante y dolorosa, de acuerdo a los síntomas que presenta uno.” (anónimo)
- “Es un reto afrontar la vida con cambios físicos, orgánicos y emocionales.” (anónimo)
- “Muy costoso y doloroso.” (anónimo)
- “Incomprensión de la sociedad en general.” (anónimo)
- “Lo tomo como una prueba de vida para mejorar.” (anónimo)
- “Tener un mayor cuidado de nuestra persona.” (anónimo)
- “Angustia y nervios.” (anónimo)
- “Difícil ya que uno pierde movilidad, se te atrofian tus manos.” (anónimo)



Fotografías tomadas a los pacientes de la Fundación Asociación de Orientación, Apoyo y lucha contra la Esclerodermia. (AMES)



CONCLUSIONES

La esclerodermia es una enfermedad multiorgánica en la cual las manifestaciones cutáneas son clave para valorar la supervivencia del paciente, no así la morbimortalidad. Actualmente existen diversas alternativas terapéuticas, aunque pocas han demostrado ser efectivas para resolver las afecciones cutáneas de la enfermedad.

La morfea, o esclerodermia localizada, es una entidad poco común y con múltiples puntos de controversia, como lo ha sido la clasificación, las medidas que evalúan la respuesta terapéutica y el protocolo de tratamiento; sin embargo, cada vez está más clara su patogénesis, lo cual ha logrado tener un impacto en los nuevos tratamientos para los casos más serios y recalcitrantes. Es importante que estos pacientes, aparte de la evaluación dermatológica, sean manejados por un grupo multidisciplinario, que incluya especialistas en ortopedia, y fisioterapia, para evitar secuelas y disminuir la morbilidad que conlleva este tipo de lesiones.

Concluimos diciendo que la salud oral no puede separarse de la salud general, teniendo la rehabilitación de los dientes un profundo impacto en la calidad de vida, ya que influye en la salud física, en la capacidad de comer y hablar; en la salud mental y en el rol social, mejorando los contactos sociales y la vida activa. Vemos que la integridad del cuerpo humano es la base para que pueda existir una adecuada funcionalidad entre el órgano y sistema correspondiente (la boca no es una excepción). Esto es una condición importante, no sólo para la masticación y la nutrición, sino también para la deglución, respiración y estética de la persona, así como en el mecanismo del lenguaje y de la interrelación personal.



Referencias Bibliográficas

1. IMSS. GPC Guía de Práctica Clínica..
2. Ceccotti Eduardo Luis SR. El diagnóstico en clínica Estomatológica. Primera ed. Buenos Aires: MEDICA PANAMERICANA S.A.; 2007.
3. E. CU. MANIFESTACIONES ORALES EN LAS ENFERMEDADES DIFUSAS DEL TEJIDO CONECTIVO. Revista Peruana de Reumatología. 1996; 2(2).
4. Claudia Marcela Gaviria SBJJG. Morfea o Esclerodermia Localizada. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2014 Abril-Junio; 22(2).
5. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-xxx-xx. Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico de la ESCLEROSIS SISTÉMICA: Secretaría de Salud. 2010..
6. Vera Lastra OL. Esclerosis Sistémica. Medigraphic Artemisa en línea. 2006 Mayo-Junio; 22(3).
7. Corral FE. [Online].; 2014 [cited 2015 Septiembre Jueves. Available from: <http://www.meiga.info/eventos/viixornadasnoveis/sur/9.pdf>.
8. Garza Rodríguez V, Villarreal Alarcón MA, Ocampo Candiani J. Etiopatogenia y tratamiento de la esclerodermia, conceptos actuales. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013 Mayo; 1(51).
9. The daavlin Company. Daavlin Lets Be Clear. [Online].; 2009-2013 [cited 2015 Septiembre Miércoles. Available from: <http://www.daavlin.com/es/patients/skin-conditions/scleroderma-treatment/>.
10. García Serna B. ¿QUÉ ES LA ESCLERODERMIA? 2014..
11. Orozco A, Ramos Jorge ZA. Manifestaciones orales en una paciente con esclerodermia lineal; reporte de un caso. 2000 Julio; 14(2).
12. Cruz González A, Arciniegas Gonzalez NA, Galvis Torres A. Manejo protodóntico convencional de una paciente con Síndrome de CREST. REPORTE DE CASO. Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral. 2015.
13. Velazquéz Olmedo L, Ortiz Barrios L, Velazquéz C, Cardenas Bahena A, García Peña A, Sánchez García S. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. Instrumentos de evaluación. Rev Med Inst Mex Seguro Soc.. 2014; 4(52).
14. [Online]. Available from: <http://dermis.net/bilder/CD007/550px/img0093.jpg>.
15. Esclerodermia-Dermas, Skin, Piel información. [Online]. Available from: <http://dermas.info/images/patologias/foto/esclerodermia.jpg>.
16. DermIS - Morfea o esclerodermia circunscrita. [Online]. Available from: <http://www.dermis.net/dermisroot/es/1270031/image.htm>.



- 17 Esclerosis Sistémica. [Online]. Available from:
. <http://es.slideshare.net/salvadmorgado/esclerosis-sistmica>.
- 18 Esclerosis Sistémica. [Online]. Available from:
. <http://es.slideshare.net/salvadmorgado/esclerosis-sistmica>.
- 19 Síndrome CREST: MedlinePlus enciclopedia médica ilustración. [Online].
. Available from:
https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/esp_imagepages/19507.htm
- 20 Fenómeno de Raynaud: MedlinePlus enciclopedia médica ilustración. [Online].
. Available from:
https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/esp_imagepages/17127.htm
- 21 Arthritis Foundation. Esclerodermia. [Online]. Available from:
. <http://espanol.arthritis.org/espanol/disease-center/imprimia-unfolleto/esclerodermia/>.
- 22 ↵La presentación "1 Enfermedades Autoinmunitarias. 2 Hipersensibilidad y autoinmunidad La respuesta inmune es capaz de producir daño tisular y enfermedad. –Puede resultar." [Online]. Available from:
<http://slideplayer.es/slide/163209/#>.
- 23 La Fisioterapia es “imprescindible” en pacientes con Esclerodermia al facilitar la movilidad articular. ~ IACES Noticias sobre ciencias y especialidades de la salud. [Online]. Available from: <http://www.mundonuevo-daniel.blogspot.mx/2012/06/la-fisioterapia-es-imprescindible-en.html>.
- 24 IntraMed - Artículos - Morfea de la mucosa oral. Una nueva variante. [Online].; 10/08/2015. Available from:
<http://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenidoID=78969>.
- 25 Consecuencias de la boca seca y qué la causa. | Clínica Dental en Madrid. [Online]. Available from: <http://deltadent.es/blog/2013/09/04/consecuencias-de-la-boca-seca-y-que-la-causa/>.
- 26 PROBLEMAS BUCALES Y DENTALES En la Esclerodermia y el síndrome de Sjögren. [Online]. Available from:
<https://m.facebook.com/notes/asociaci%C3%B3n-argentina-de-esclerodermia-y-raynaud/problemas-bucales-y-dentales-en-la-esclerodermia-y-el-s%C3%ADndrome-de-sj%C3%B6gren/420506327419/>.
- 27 Consideraciones protésicas en pacientes con microstomía. [Online]. Available from:
http://es.slideshare.net/Estomatologia_Cientifica_del_Sur/consideraciones-proticas-en-pacientes-con-microstoma.
- 28 Esclerodermia (esclerosis sistémica). [Online]. Available from:
. <http://es.slideshare.net/danielgimenez9066/esclerodermia-esclerosis-sistémica>.
- 29 Esclerodermia (piel dura): causas y tratamiento. [Online]. Available from:
. <http://www.biomanantial.com/esclerodermia-piel-dura-causas-tratamiento-a>



[2239-es.html](#).

- 30 Valicena M. EL. MANEJO TERAPEÚTICO DEL PACIENTE CON . XEROSTOMÍA. Acta Odontológica Venezolana. 2015 Octubre; 39(1).
- 31 Ivón Cecilia Barguil-Díaz1 CGMJARGSCZC. Depresión en pacientes con . enfermedades autoinmunes más. Medicina UPB. 2012 JUNIO; 31(1).
- 32 González González N, Tinoco García AM, Benhumea González LE. Salud . mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a. Espacios Públicos. 2012 septiembre-diciembre; 14(32).
- 33 MONIQUE HINCHCLIFF MaJVM. Systemic Sclerosis/Scleroderma: A . Treatable Multisystem Disease. American Family Physician. 2008 October; 78(8).
- 34 Paciente con esclerodermia en la consulta dental. [Online]. [cited 2015 Octubre . Jueves. Available from: <http://www.sdpt.net/par/colagenopatia2.htm>.
- 35 Recasens MA, Celia P, Ortiz Santamaria V. Nutrición en la esclerosis . sistémica. Reumatología Clínica. 2012 Octubre; 8(2).
- 36 SEGOVIA DÍAZ DE LEON MG. CAPACIDAD FUNCIONAL..



ANEXO 1

- Encuesta realizada a los pacientes en AMES

Encuesta

Edad: _____ Sexo: M F

Instrucciones: Para ayudarnos a entender cómo se ha sentido y los cambios que han existido en su organismo, a partir de ser diagnosticado, se le realizará el siguiente cuestionario.

1. ¿A qué edad le diagnosticaron esclerodermia y qué tipo?

R= _____

2. Desde que le informaron que tenía esclerodermia, ¿ha notado cambios en su cavidad oral?

SI NO

Si la respuesta anterior es afirmativa, ¿cuáles han sido esos cambios?

R= _____

3. ¿Utiliza alguna técnica o aditamento especial para realizar su higiene dental?

SI NO

Si la respuesta anterior es afirmativa, ¿cuáles son esas técnicas o aditamentos utilizados para su higiene dental?

R= _____

4. ¿Utiliza alguna prótesis dental?

SI NO

Si la respuesta anterior es afirmativa, ¿Qué prótesis dentales utiliza? Y ¿Cuánto tiempo lleva utilizando dichas prótesis?

R= _____

5.- ¿Se ha sentido cómodo(a) con las prótesis?

SI NO

Si la respuesta es negativa, explique por qué no se siente cómodo(a):

R= _____

6. ¿Ha notado que la apertura de su boca ha disminuido?

SI NO

Si la respuesta es afirmativa, ¿hace cuánto tiempo?

R= _____



7. ¿Actualmente ha recibido tratamiento dental?

SI

NO

Si la respuesta es afirmativa, especifique qué tratamiento le fue realizado?

R= _____

8. Al ser atendido por un odontólogo, ¿presentó alguna complicación con el anestésico?

SI

NO

Si la respuesta es afirmativa, ¿recuerda que tipo de anestésico?

R= _____

9. Al ser atendido por un odontólogo, ¿tuvo alguna complicación o dificultad del procedimiento dental?

SI

NO

Si la respuesta es afirmativa, ¿recuerda qué procedimiento se complicó?

R= _____

10. A partir de ser diagnosticado ¿Ha notado algún cambio en su salivación, ha disminuido o aumentado?

Disminuido

Aumentado

11. ¿Cuáles son los medicamentos que toma actualmente para la esclerodermia?

R= _____

12. Desde el punto de vista psico-social, ¿Qué es vivir con esclerodermia?

R= _____



ANEXO 2

- Tríptico sobre higiene oral

HIGIENE ORAL

LA SALUD BUCAL es de principal importancia en México, ya que de acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) 9 de cada 10 mexicanos padecen caries o enfermedad periodontal. 1

Así, es necesario aprender la correcta técnica de cepillado dental e higiene oral, debido a que se desconoce, conoce parcialmente o inadecuado, por lo que se pueden alterar los tejidos periodontales, caries o factores irritativos como las prótesis dentales, que sin un adecuado seguimiento, produce alteraciones mayores.

Hay que considerar los chequeos regulares de su dentadura natural o artificial, así como los tejidos adyacentes en mantenimientos preventivos cada 3-6 meses.

- Mastique bien los alimentos de consistencia húmeda y suave, ante las posibles dificultades para tragar.



TÚ SALUD ES IMPORTANTE



REFERENCIAS:

- www.daavlin.com/es/patients/skin-conditions/scleroderma-treatment
- Systemic sclerosis / scleroderma: A treatable multisystem disease. Hinchcliff-Varga. Chicago, Illinois. Am Fam Physician 2008; 78(8):961-968,969.

- Ante la presencia de daño en las glándulas salivales, se puede presentar resequeza bucal acelerando la producción de caries y daño periodontal.

- Con ayuda de un fisioterapeuta, realice ejercicios faciales que ayudarán a mantener la boca y cara más flexibles.

- Puede utilizar enjuagues a base de fluoruros o pasta dental mineralizadora.

Es importante mantener su boca húmeda bebiendo mucha agua, chupando cubitos de hielo, masticando chicle **sin**

→ El control de la placa bacteriana se debe instaurar como prioridad. Cuando se presenta Esclerodermia, se puede sufrir alteración en la función de las manos y la falta de destreza puede ser significativa.

La disminución de la apertura bucal dificulta el cepillado manual, por lo que es útil el cepillado mecánico o la ducha bucal.

El tejido puede volverse tirante y endurecido en las manos haciendo difícil la realización de tareas que antes eran más simples, como el cepillado dental.

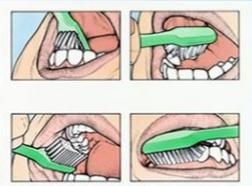
Es importante cepillar regularmente los dientes y utilizar hilo dental.

A continuación se presentan técnicas de cepillado útiles para la higiene dental.

→ **Técnica de Stillman Modificada:**

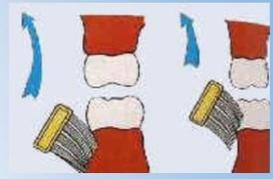
Las cerdas se colocan a 45° respecto de la raíz de los dientes sobre la zona de la encía, en una posición similar al método rotatorio, descansando parcialmente en la encía.

El cepillo se sitúa de forma



→ horizontal ejecutando un movimiento hacia la zona oclusal (es decir el borde de los dientes anteriores o la zona de masticación de los posteriores). Se hace un barrido desde la encía hacia el diente. De esta manera se limpia la zona interproxi-

mal (interdental) y se masajea el tejido gingival.



→ **Recomendaciones**

- Cepílese regularmente los dientes y límpielos con hilo dental.
- Haga controles dentales periódicos. Póngase en contacto inmediatamente con su dentista si tiene úlceras bucales, dolor en la boca o pérdida de la dentadura.
- Se sugiere agarrar el cepillo dental y realizar un agujero en una pelota de esponja de goma y colocarlo alrededor del mango del cepillo, así se facilitará la técnica de cepillado.

