



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**MANIFESTACIONES BUCALES DE LUPUS ERITEMATOSO
EN PACIENTES PEDIÁTRICOS**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

VIRIDIANA VILLEGAS GARCÍA

DIRECTORA: MTRA. EMILIA VALENZUELA ESPINOZA

MÉXICO, D.F.

2006



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.



AGRADECIMIENTO

A DIOS

Gracias y más gracias por mantenerme con salud, alegría, fortaleza y permitirme terminar una etapa hermosa de mi vida por darme a una gran familia.

A MIS PADRES

Con todo mi amor para estas grandes personas Lencho y Lolita los pilares de mi vida que sin ellos hubiese sido un tanto difícil el culmino de este gran paso en mi carrera profesional, por haberme brindado el apoyo, confianza, consejos, muchas gracias los adoro.

A MIS HERMANOS

Blady, Vic, Fey e Indi por ser mi guía y apoyo, en mis momentos difíciles, porque creyeron en mí ; simplemente por el orgullo puma hermanos ,los quiero.

A MI MEJOR AMIGA

Mi hermana Indi que con sus consejos siempre me fortalecían y así, poder seguir adelante. Gracias por escucharme, estar en mi vida te adoro gordita .

A MIS AMIGOS Y FAMILIA

Bere, Sandy, Edgar, Di, Toño, Gon, Joselo, Pao, Gina quienes me escuchaban en mis momentos difíciles dándome palabras de aliento , gracias por compartir grandes momentos conmigo , los quiero.

A LA UNAM

Por ser una maravillosa escuela y además, por darme la oportunidad de formar parte de ella estando en la Facultad de Odontología.

A MIS PROFESORES

Por compartirme sus conocimientos, experiencias, apoyo, muchas gracias por formar parte importante de una gran etapa de mi vida.

ALEX

Por ser mi gran amigo y creer incondicionalmente en mi ,de ese gran apoyo y lo más importante, brindarme el amor para poder seguir con mis proyectos, te quiero mucho.

MI DIRECTORA

MTRA. Emilia Valenzuela Espinoza por brindarme el apoyo en la realización de mi tesina, compartir el tiempo para el culmino de este gran paso en mi carrera. Gracias.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

| | |
|---|----|
| I. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (L.E.S.)..... | 3 |
| 1.2 Manifestaciones generales..... | 4 |
| 1.2.1 Manifestaciones cardiovasculares..... | 4 |
| 1.2.2 Manifestaciones digestivas..... | 4 |
| 1.2.3 Manifestaciones hematológicas y linfáticas..... | 4 |
| 1.2.4 Manifestaciones renales..... | 4 |
| 1.2.5 Manifestaciones psíquicas y neurológica..... | 5 |
| 1.2.6 Manifestaciones oculares..... | 6 |
| 1.3 Manejo odontológico del paciente con lupus eritematoso sistémico..... | 8 |
| 1.4 Historia Natural de la Enfermedad..... | 12 |
| 1.4.1 Periodo prepatogénico..... | 12 |
| 1.4.2 Prevención primaria..... | 12 |
| 1.4.3 Periodo patogénico..... | 13 |
| 1.4.4 Prevención secundaria..... | 13 |
| 1.4.5 Prevención terciaria..... | 14 |
| 1.4.6 Niveles de atención..... | 14 |
| 1.5 Etiopatogenia..... | 14 |
| | |
| 2. MANIFESTACIONES BUCALES DE LUPUS ERITEMATOSO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS..... | 17 |
| 2.1 Cuadro clínico..... | 17 |
| 2.2 Manifestaciones bucales..... | 17 |
| 2.3 Consideraciones dentales..... | 18 |
| 2.4 Manifestaciones generales..... | 19 |
| 2.5 Diagnostico..... | 19 |
| 2.6 Tratamiento..... | 20 |
| 2.7 Datos de laboratorio..... | 22 |
| 2.8 Pronostico..... | 23 |
| | |
| 3. LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE CRÓNICO..... | 24 |
| 3.1 Definición..... | 24 |
| 3.2 Datos epidemiológicos..... | 24 |
| 3.3 Diagnostico diferencial..... | 25 |
| 3.4 Cuadro clínico..... | 25 |
| 3.5 Características clínicas..... | 26 |
| 3.6 Manifestaciones orales..... | 27 |
| 3.7 Diagnostico y tratamiento..... | 29 |
| 3.8 Tratamiento dental..... | 29 |



| | |
|--|----|
| 4. LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO SUBAGUDO..... | 31 |
| 4.1 Definición..... | 31 |
| 5. LUPUS NEONATAL..... | 33 |
| 5.1 Definición..... | 33 |
| 5.2 Tratamiento..... | 33 |
| 5.3 Embarazo y lupus eritematoso..... | 33 |
| CONCLUSIONES..... | 35 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 36 |





INTRODUCCIÓN

El objetivo de este tema es dar al cirujano dentista la ventaja de conocer más acerca de lupus eritematoso y así, poder abordar al paciente adecuadamente en una consulta odontológica.

Empezaré por definir a las enfermedades autoinmunes que son un grupo de enfermedades caracterizadas por la producción de autoanticuerpos. Entre las más comunes podemos citar: artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, enfermedad de Sjögren, (trastorno inmunológico que produce queratoconjuntivitis, sequedad en las mucosas, telangiectasia o manchas purpúricas en la cara, cambios en glándulas salivales y lagrimales) y otras.

LUPUS ERITEMATOSO

El cual tiene una etiología desconocida pero puede ser desencadenado por factores ambientales como infecciones virales, radiaciones solares o empleo de medicamentos, aunque es indudable que la genética es un elemento predisponente. También, se menciona en la literatura que existe un grupo de genes localizados en el cromosoma 6 que codifica a los antígenos HLA el cual juega un papel importante en la susceptibilidad y resistencia a la enfermedad, el que está relacionado al Lupus es denominado DR2 y DR3.

Como un antecedente histórico, se menciona el fenómeno de la célula del lupus eritematoso por Hargraver, que proporcionó la primera prueba diagnóstica específica para el lupus eritematoso. En los últimos 30 años se ha producido un marcado aumento en la incidencia del lupus eritematoso sistémico.

En cuanto al padecimiento de la enfermedad, los síntomas se producen con la máxima frecuencia, entre las edades de 15 y 40 años, la enfermedad puede aparecer en niños como en ancianos.



El nombre de L.E.S. tiene como significado: **Lupus** (significa lobo), haciendo referencia a la aparición en la cara de algunos pacientes con algunas marcas, **Eritematoso** (significa rojo), se refiere al color de la erupción cutánea tan común en el lupus, **Sistémico** (significa que afecta a muchos órganos o sistemas del cuerpo), indicando que distintas partes del organismo, externas o internas, pueden estar afectadas por el lupus.

El Lupus es una enfermedad crónica (puede durar muchos años), los síntomas pueden aparecer poco a poco haciéndose evidentes gradualmente. Esto se debe a que los primeros síntomas del lupus se parecen mucho a los de las otras enfermedades, como por ejemplo la gripe: la persona con lupus puede tener fiebre, cansancio falta de apetito y dolor general. Muchos niños y adolescentes tendrán una erupción en la cara o el pecho, especialmente después de haber estado expuestos al sol, puede aparecer llagas en la boca, a veces hay mayor caída de cabello, las manos se ponen rojas, pálidas o moradas cuando están expuestas al frío, es por ello que es conveniente realizar análisis de laboratorio para confirmar o descartar este diagnóstico. Esta es una enfermedad multisistémica inflamatoria crónica que aparece predominantemente en mujeres jóvenes, el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es considerado como el prototipo de la enfermedad autoinmune el cual, controla las defensas del cuerpo contra la infección. En el caso del L.E.S, estas defensas se vuelven contra el cuerpo y las células inmunes anómalas atacan a los tejidos. Es posible que se produzcan anticuerpos que pueden reaccionar contra las células, órganos y tejidos del cuerpo, llevando a las células inmunes a atacar a los sistemas afectados, produciendo enfermedad crónica. El cuadro clínico puede ser variado, son exantemas cutáneos, dolor articular, pleuresía y nefritis.



I. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

1.1 Definición

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad multisistémica inflamatoria crónica que aparece predominantemente en mujeres jóvenes porque tiene relación con las hormonas femeninas que son los estrógenos. Debido a los numerosos anticuerpos que se encuentran en los pacientes, es considerado como el prototipo de la enfermedad autoinmune.

Es una enfermedad poco frecuente en la infancia; predomina en la etapa escolar y del adolescente. Se debe a una sobreproducción de anticuerpos reactivos dirigidos contra las moléculas de las membranas celulares, proteínas citoplasmáticas y determinantes nucleares (ADN).

Esta es la forma más grave de la enfermedad lúpica, afecta al sexo femenino en un 80 % de los casos. Es una afección de la adolescencia y edad adulta, aunque también puede presentarse en las edades extremas de la vida. Existen factores desencadenantes que pueden poner en marcha el proceso: exposición solar exagerada, ciertos medicamentos (hidralazina, antiepilépticos como dilantina, sulfamidas, tetraciclina, estreptomina, fenilbutazona). Un papel desencadenante similar lo tiene también el embarazo, transfusiones sanguíneas.

El Lupus Eritematoso Sistémico se caracteriza por lesiones cutáneas y mucosas, manifestaciones propias de las localizaciones viscerales, síntomas generales.



Lupus eritematoso sistémico¹

1.2 Manifestaciones generales

1.2.1 Cardiovasculares: Las lesiones más frecuentes es la pericarditis. El taponamiento cardiaco es excepcional y las alteraciones funcionales valvulares, pueden aparecer también cardiopatías coronaria, hipertensión arterial.²

1.2.2 Manifestaciones digestivas: Los síntomas gastrointestinales pueden incluir náuseas, vómitos, disfagias y dolor abdominal

1.2.3 Manifestaciones hematológicas y linfáticas: Por resaltar, se menciona la anemia hemolítica y la trombocitopenia. Otra alteración es la coagulación.

¹ Página de internet www.lib.uiowa.edu/hardin_md/espanol/lupus.html

² Rodes f.j. El manual de medicina, ediciones científicas y técnicas S.A. ,Barcelona edit; Salvat 1993, 1311pp.



1.2.4 Manifestaciones renales: Es una de las complicaciones más graves y más comunes, clínicamente presente en 60 % de los casos

El inicio de lupus eritematoso sistémico en la infancia más con frecuencia implica la enfermedad de riñón (80 –90 % de los pacientes), mientras que los pacientes con el inicio tardío de lupus eritematoso sistémico menos comúnmente experimentan la participación renal.

La patogénesis de la enfermedad renal implica el daño de tejido que con la mayor probabilidad resulta de unas reacciones inflamatorias . El tratamiento principalmente implica esteroides; el uso de medicinas citotóxicas como la ciclofosfamida puede proporcionar la eficacia terapéutica adicional

Se considera que la afección renal del LES es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. La biopsia renal es una herramienta útil para diferenciar las lesiones renales. Los patrones anatomopatológicos más importantes según la OMS:

Tipo I: Riñón morfológicamente normal.

Tipo II: Glomerulonefritis mesangial.

Tipo III: Glomerulonefritis proliferativa

Tipo IV: Glomerulonefritis proliferativa difusa

El cuadro clínico se caracteriza por proteínuria, síndrome nefrótico (caracterizado por edema, disminución de albúmina plasmática, aumento de colesterol en la sangre).

1.2.5 Manifestaciones psíquicas y neurológicas: La aparición de cuadros depresivos y trastornos de la conducta, alucinaciones, delirio e incluso cuadros sugestivos de esquizofrenia.

Entre las manifestaciones neurológicas centrales destacan crisis convulsivas, migraña, parálisis de pares craneales.



1.2.6 Manifestaciones oculares: Se puede observar en el fondo del ojo exudados blanquecinos adyacentes a los vasos retinianos, aparición de conjuntivitis, sequedad ocular es frecuente, síndrome de Sjögren.

La alteración fundamental en el Lupus Eritematoso sistémico es la degeneración fibrinoide del colágeno. Las fibras colágenas aumentan en su espesor, rigidez y eosinofilia. Las células basiliares se vacuolizan y desintegran

Cuadro 1: Rasgos clínicos de LES.

| SISTEMA ORGÁNICO | CRITERIO A.R.A. (Para la clasificación de LES) |
|---------------------|--|
| Constitucional | Fiebre, malestar, anorexia, pérdida de peso |
| Cutáneo | Eritema malar. Erupción discoide Fotosensibilidad Úlceras bucale/nasales |
| Musculo esquelético | Artritis no nerviosa |
| Cardiopulmonar | Pleuritis/pericarditis. |
| Renal | Proteinuria (más e 500 mg. /24hs.) Cilindruria |
| Neurológico | Convulsiones/Psicosis |
| Hematológico | Anemia hemolítica Leucopenia (- 400/ml) Linfopenia (-1500/ml) Trombocitopenia (-100.000/ml) |
| Laboratorio | Inmunológicas hematológicas Renales |



Los síntomas del lupus suelen ser crónicos y recurrentes. Cada paciente puede experimentarlos de una forma diferente, éstos pueden ser

- ❑ Erupción malar: Erupción con forma de mariposa en nariz y mejillas.
- ❑ Erupción discoide: Erupción sobrelevada que aparece en cabeza, brazos, tórax o espalda.
- ❑ Fiebre
- ❑ Inflamación de articulaciones
- ❑ Sensibilidad a la luz solar
- ❑ Pérdida de cabello
- ❑ Llagas en boca
- ❑ Problemas renales
- ❑ Disminución del número de glóbulos blancos o de plaquetas
- ❑ Espasmos de los vasos sanguíneos de los dedos de las manos
- ❑ Pérdida de peso
- ❑ Disfunción cerebral o de los nervios
- ❑ Anemia

CRITERIOS UTILIZADOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE L.E.S.

| CRITERIOS | DEFINICIÓN |
|-------------------|---|
| Erupción malar | Erupción en mejillas |
| Erupción discoide | Áreas rojas y placas resaltadas |
| Fotosensibilidad | Reacción a la luz solar provocando erupción en piel |
| Úlceras | En boca, nariz |
| Artritis | No erosiva, involucra 2 o más articulaciones (hueso no sufre daño) |
| Serositis | Pleuritis o pericarditis: inflamación de membrana que envuelve al pulmón o corazón. |
| Afección renal | Proteína excesiva en prueba de orina |



| | |
|-----------------------|--|
| | (0,5gr al día o 3). |
| Afección neurológica | Convulsiones |
| Afección hematológica | Anemia hemolítica o leucopenia (menos de 4000 cel. Blancas por mm ³ , linfopenia (menos de 1500 linfocitos por mm ³), trombocitopenia (menos de 100000 plaquetas por mm ³). |

1.3 Manejo Odontológico del paciente con lupus eritematoso sistémico

Estos pacientes tienen una susceptibilidad mayor a infecciones , por lo que deben observarse las cuentas de leucocitos y neutrófilos antes de llevar a cabo procedimientos quirúrgicos.³

Pacientes con terapia de esteroides requieren de dosis suplementaria (el doble de la dosis) teniendo en cuenta que sólo el doctor tratante puede modular la dosis para evitar el desarrollo de una crisis adrenal. Con frecuencia estos pacientes tienen problemas renales, por lo que es prudente e importante conocer el grado de funcionamiento de los órganos y revisar, medir la tensión arterial antes de la prescripción farmacológica.

Pacientes con trastornos neuroesqueléticos pueden presentar incomodidad ante sesiones prolongadas, por lo que es recomendable citas cortas y una unidad confortable para que haya apoyo de extremidades haciendo más cómoda su visita.

³ Castellanos J.L., Medicina en Odontología (manejo dental de pacientes con enfermedad sistémica) 2ª edición, México, edit, Manual moderno 2002. 373pp.



Se podría pensar que los procedimientos de operatoria dental y protésicos no ofrecen retos particulares, pero hay que tener en cuenta que si hay necesidad de anestésiar, es prudente saber cual utilizar; aunque siempre será recomendable el contacto médico para conocer el estado renal de la enfermedad y los pormenores en el manejo farmacológico. Los procedimientos de tipo quirúrgico deben ser evitados en periodos activos de la enfermedad de sus agudizaciones.

El odontólogo debe de tomar en cuenta las diferentes manifestaciones que presenta esta enfermedad para poder abordarlo y hacer el tratamiento adecuado con una interconsulta con los diferentes especialistas por ejemplo, en la afección renal el dentista no debe realizar tratamiento antes de no saber el estado de la enfermedad, se debe tener precaución en el uso de medicamentos prescribiendo adecuadamente.

También, apoyarnos de los datos de laboratorio (biometría hemática, tiempo de coagulación, riesgo de infecciones) para poder saber si es conveniente o no el tratamiento, considerar el pulso arterial, etc. En caso de tener insuficiencia renal prescribir antiinflamatorios. El operador debe reducir el grado de tensión e incluso programar las citas en la mañana y que éstas, sean cortas, utilizar anestesia local.

Es importante señalar, que la trombocitopenia es una de las anormalidades hematológicas más frecuentes. Por esto, es factible interconsulta con el hematólogo antes de realizar tratamientos dentales. Además de familiarizarse con las manifestaciones de la enfermedad y dar adecuada solución.

Debemos tener en cuenta también, el grado de toxicidad que pueden provocar los anestésicos por ejemplo en este caso el de la afección cardiovascular ya que se menciona que la bupivacaína es el anestésico más cardiotóxico. Inicialmente se produce un aumento de la tensión arterial y frecuencia cardiaca, debido a que los anestésicos locales



producen una disminución de la excitabilidad, contractilidad y conducción cardiaca. El tratamiento se realizará con vasoconstrictores en caso de hipotensión, los más utilizados son la adrenalina y la felipresina que tienen menor efecto adverso a nivel cardiaco. Se recomienda la prilocaína con felipresina ya que causa menor función cardiaca que la lidocaína con epinefrina.⁴

- Pacientes con antecedente cardiaco es preferible no utilizar vasoconstrictor, se puede utilizar lidocaína al 2%, prilocaína al 3%.

Además de no utilizar anestesia con epinefrina (riesgo de arritmia cardiaca en paciente con insuficiencias cardiacas).

Si el paciente es ansioso se evalúa la posibilidad de usar tranquilizantes menores (benzodiazepinas), disminuyendo el riesgo de descarga de catecolaminas que puede producir hipersensibilidad, taquicardia, arritmia, y riesgo de infarto de miocardio.

La profilaxis antibiótica se divide en dos:

Paciente cardiacos de bajo riesgo: Se administra amoxicilina, 3g vía oral 1 hora antes del tratamiento y 6 horas después de la primera dosis, administrar 1,5g. Eritromicina : 1g 2 horas antes del tratamiento y 6 horas más tarde, 500mg.

Paciente con alto riesgo: Ampicilina 2g por vías IM o IV, con 1,5mg de gentamicina/kg de peso (80mg como máximo), 1 hora antes del tratamiento.y vancomicina 1g por vía IV 1 hora antes del tratamiento sin necesidad de dosis adicional.

- Enfoque renal es indispensable combinar los datos del laboratorio con la historia clínica, análisis de orina y en casos severos, biopsia renal para ver el deterioro de éste.
- Enfoque hematológica en pacientes con lupus eritematoso sistémico, existe un aumento del tiempo parcial de tromboplastina, leve aumento del tiempo de protrombina . Por ello, el práctico

⁴ Página de internet www.medspain.com/ant/n1_oct_98/anestesia.htm



general debe solicitar exámenes de rutina como el tiempo parcial de tromboplastina, tiempo de protrombina, tiempo de sangría, tiempo de coagulación, recuento plaquetario.

- Enfoque gastrointestinal, para pacientes tratados con corticosteroides y AINES con la posibilidad de producir úlcera gastroduodenal.

| ANESTÉSICO LOCAL | SIN ADRENALINA | CON ADRENALINA |
|------------------|-----------------|-----------------|
| Prilocaina | 400mg(5-6mg/kg) | 600mg(8-9mg/kg) |
| lidocaína | 200mg(3-4mg/kg) | 500mg(6-7mg/kg) |
| Mepivacaína | 400mg(5-6mg/kg) | 600mg(6-8mg/kg) |

Los medicamentos permitibles para tomar en el LES

- Aspirina y antiinflamatorio
- Antipalúdicos
- Inmunosupresores



1.4 Historia Natural de la Enfermedad

1.4.1 Periodo prepatogénico (factores de riesgo)

Agente: Existe una participación viral en la activación del padecimiento, aunque no se ha logrado identificar un agente específico.⁵

Huésped: Considerada una enfermedad multigénica, que predispone al individuo para padecer esta enfermedad. Otros genes codificadores establecen una gran disposición familiar, hasta en un 70 % para los gemelos homocigotos.. Se han identificado alteraciones inmunitarias propias del huésped como la deficiencia de linfocitos T.

Ambiente: La exposición a los rayos ultravioleta, el uso de algunos medicamentos y las infecciones frecuentes, pueden desencadenar el inicio del cuadro sobre un huésped dispuesto.

1.4.2 Prevención primaria

Promoción de la salud: Se requiere incrementar el nivel de educación médica en la comunidad, que permita tener presente este padecimiento.

Protección específica: No existe. Cuando se diagnostica un caso, procede investigar agregación familiar para enfermedades autoinmunes. Es recomendable evitar la exposición a los rayos ultravioleta.

⁵ Martínez M.R. La Salud del niño y del adolescente, 4ta. Edición, México, edit, El manual moderno, 2001, 1175-1178pp



1.4.3 Periodo patogénico

Etapa subclínica. Fisiopatogenia: Normalmente los linfocitos T, junto con otros elementos celulares, controlan la respuesta inmune a los estímulos antigénicos y regulan la producción de anticuerpos por los linfocitos B, así como la proporción de linfocitos T ayudadores y supresores.

Etapa clínica

Al inicio puede manifestarse de manera florida y grave con riesgo de muerte por existir tendencia hemorrágica, trombótica, derrame pleural, insuficiencia renal. Puede haber casos no floridos con síndrome febril, que al juntar criterios se concluye el diagnóstico de lupus eritematoso

1.4.4 Prevención secundaria

Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno: El diagnóstico se presenta con los datos clínicos y exámenes de laboratorio, éstos estudios y los de gabinete son útiles para ratificar las alteraciones sugeridas de la AAR. Que existan alteraciones de inmunidad, que los AAN se encuentren positivos, por lo que se realizan estudios obligados , pruebas de coagulación, urea, creatinina.

Limitación del daño

Dar educación al paciente y a sus familiares sobre el padecimiento y su futuro. Apoyo psicológico y orientación para la reintegración a la actividad social y productiva. Medicina física; calor húmedo, masajes, ejercicios en aguas cuando la artritis causa limitación funcional dolorosa.



Valoración por el oftalmólogo periódicamente cuando se usa cloroquina y ante la posibilidad de cataratas por el uso prolongado de corticosteroides., orientación dietéticas encaminada a disminuir obesidad, hiperglucemia.

1.4.5 Prevención terciaria

Rehabilitación: Es necesaria la intervención de todo un equipo de salud interdisciplinario, reumatólogo, inmunólogo en coordinación con el pediatra para ofrecer una rehabilitación física y psicológica adecuada.

1.4.6 Niveles de atención

Primario y secundario: El médico general y el pediatra serán capaz de identificar el cuadro clínico, confirmarlo por laboratorio, reconocer las complicaciones y tratarlas oportunamente.

Terciario: El equipo de trabajo, integrado por el pediatra, hematólogo, reumatólogo,, nefrólogo y neurólogo, deberán resolver los problemas referidos.

El lupus eritematoso sistémico debe ser sospechado en cualquier paciente que tenga rasgos que afectan a 2 o más sistemas.

1.5 Etiopatogenia

No está totalmente aclarada, pero existen diferentes factores cuyo estudio ha demostrado que desempeñan un papel importante en su desarrollo y evolución, como son: la predisposición genética, influencia hormonal, la luz ultravioleta, infecciones virales y algunos medicamentos. Una predisposición genética, surgió con base en las observaciones clínicas



como la existencia de uno o más familiares afectados con lupus eritematoso.⁶

Algunos medicamentos, en especial la hidralazina o la procainamida, se han identificado como desencadenantes de cuadros clínicos e histopatológicos al lupus eritematoso.

La característica serológica del lupus eritematoso sistémico es la presencia de autoanticuerpos múltiples: anticuerpos antilinfocitos, anticuerpos antieritrocitos, anticuerpos antiplaquetario, antiRo (relacionado con la fotosensibilidad, con lupus neonatal y lupus eritematoso cutáneo subagudo). Los efectos patológicos principales se producen, a través de la formación de inmunocomplejos, piel y otras áreas. El factor etiológico básico y el inicio son desconocidos.

El lupus eritematoso infantil se puede dividir en dos tipos, el primero incluye formas de lupus eritematoso sistémico (L.E.S.), lupus eritematoso discoide (L.E.D.), que es poco frecuente en la infancia y lupus eritematoso subagudo (L.E.C.S.) que se diagnostica en menores de 16 años. El segundo tipo de lupus infantil es el lupus eritematoso neonatal (L.E.N.), una enfermedad del lactante, este segundo tipo de lupus es exclusivo de los niños.⁷

Las manifestaciones del L.E.S. pediátrico son muy similares a las del adulto, aunque con algunas diferencias, especialmente la mayor proporción de casos con afección renal. Los principales marcadores de mal pronóstico en los niños son la existencia de afectación renal, neurológica, la edad precoz al diagnóstico y la existencia de hipertensión arterial. Las características clínicas generales en la niñez de lupus eritematoso sistémico incluyen amplias variaciones entre la presencia de la erupción, artritis, implicación renal. Ésta puede ser más común y más severa en niños y adolescentes, que en adultos.

⁶ Magaña g. M. Dermatología, México, edit Panamericana, 2003, 269pp

⁷ Página de internet conectivopatías. Lupus eritematoso protocolo, diagnóstico y terapéutico en dermatología pediátrica 120-121pp.



La mortalidad más tardía a menudo está relacionada con la enfermedad cardiovascular. La supervivencia de 10 años ha sido estimada en el 80 % al 90 %, con muertes tempranas a menudo asociadas a la infección secundaria a inmunosupresión.

Los pacientes con lupus eritematoso sistémico pueden desarrollar síndrome de Sjögren, incluye la frecuencia de caries e infecciones fungosas, erosión de dientes, hinchazón de glándula salival, disfagia.



2. MANIFESTACIONES BUCALES DE LUPUS ERITEMATOSO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

2.1 Cuadro clínico: El LES en edad pediátrica es un cuadro sindrómico similar a su presentación en poblaciones adultas, la experiencia de varios autores señala que el lupus eritematoso sistémico en la infancia es más severo, en ocasiones fulminante.

El LES es excepcional por debajo de los 5 años con un aparente pico de incidencia en la infancia, que se sitúa entre los 5 y 10 años. Es posible observar lesiones en la nariz y la boca, como ulceraciones, asintomáticas, recurrentes. A nivel del paladar son frecuentes las lesiones de tipo purpúrico, por vasculitis. En algunos pacientes se presentan placas de lupus eritematoso discoide en los labios y/o carrillos, en ocasiones semejantes al liquen plano. Rara vez ocurre perforación del septum nasal, aunque ésta es más frecuente en la consideración mixta del tejido conectivo. Es frecuente la presencia de lesiones blanquecinas con base eritematosa. Las consideraciones de la mucosa en pacientes con lupus eritematoso sistémico implican la boca, la nariz y la región anogenital. Se ha estimado que lesiones en la cavidad bucal ocurren en el 2 % y el 30 %. Se encontró que el 40 % de los pacientes tenían lesiones mucosas, el 89% de estas lesiones aparecen en el paladar, la mayoría de las lesiones son asintomáticas.

Para tratar lesiones orales, los corticoides actuales potentes a menudo son administrados al principio.

2.2 Manifestaciones bucales

La enfermedad puede presentar ulceraciones bucales que no presentan áreas de predilección, las lesiones tienden a formar cicatriz o deformación



del área afectada. Otras manifestaciones pueden ser por efecto de los fármacos que ingieren los pacientes

Las lesiones orales son encontradas en el 21 % de pacientes con lupus eritematoso sistémico. Las áreas más comunes son la boca y labios. Las lesiones pueden ser similares a aquellos encontrados en personas con lupus eritematoso discoide, o pueden haber lesiones erosivas más específicas. Las lesiones orales son encontradas en el 24 % de pacientes con lupus eritematoso discoide. Estas lesiones son descritas como áreas leucoplásicas o lesiones eritematosas. Las lesiones pueden presentar consideraciones en todas partes de la cavidad bucal, incluso en la mucosa bucal y en la lengua, paladar y labios.. También pueden presentar una gingivitis marginal prominente.



Lupus eritematoso sistémico en paladar¹

2.3 Consideraciones dentales: Antes de emprender la asignatura optativa o el cuidado dental o quirúrgico emergente, el médico debe dar un poco de consideración a las complicaciones posibles asociadas con el tratamiento de pacientes con lupus eritematoso sistémico.

¹ Imágen tomada de página de internet www.lib.uiowa.edu/hardin/md/espanol/lupus.htm



Manifestaciones generales

- Bucales
- Cutáneas
- Cardiovasculares
- Digestivas
- Renales
- Hematológicas y linfáticas
- Psíquicas y neurológicas
- Oculares, las cuales ya fueron mencionadas anteriormente, las características entre adultos y niños, no varían en mucho sólo que en éstos últimos, el daño renal es más severo.

2.5 Diagnóstico

Las manifestaciones mencionadas, representan los criterios revisados para el lupus eritematoso sistémico, propuestos por la American Rheumatism Association. La presencia de cuatro cualquiera de ellas, ya sea en serie o simultáneamente, se considera suficiente para identificar lupus eritematoso sistémico.

1. Erupción malar.
2. Erupción discoidea.
3. Fotosensibilidad.
4. Úlceras orales.
5. Artritis (no erosiva).
6. Serositis. Pleuritis o pericarditis.
7. Trastorno renal.
8. Trastornos neurológicos: convulsiones o psicosis.
9. Trastorno hematológico.
10. Trastorno inmunológico.



Los problemas de diagnóstico diferencial aparecen sobre todo con la artritis reumatoidea.

La prueba más sensible para la detección diagnóstica es el FANA. Los hallazgos diagnósticos más específicos son una titulación elevada de los anticuerpos anti-DNA y una disminución de los niveles del complemento en suero.

2.6 Tratamiento

El tratamiento será determinado por el médico del niño, basándose en el estado general de salud, la gravedad de trastorno, tolerancia a los medicamentos, los órganos afectados.

Debe de ser adaptado para encontrar las necesidades del paciente. Una evaluación detallada del paciente y una caracterización completa de los sistemas implicados debería ser completada para establecer los objetivos de terapia. La terapia por lo general implica medicinas antiinflamatorias, corticosteroides, antipalúdicos y medicinas inmunosupresivas.

Todos los pacientes, deben ser advertidos de que hay que evitar la exposición al sol, las infecciones, los fármacos con sulfamidas, que a menudo desencadenan exacerbaciones del lupus eritematoso sistémico.

Las artralgias y artritis responden bien a los silicilatos o a unos antiinflamatorios no esteroideos. La hidroxicloroquina, fármaco antipalúdico, es eficaz para el control de las lesiones cutáneas y la artritis²

Las alteraciones musculoesqueléticas en general responden adecuadamente a los antiinflamatorios no esteroideos y a los antimaláricos; en algunas ocasiones se requieren dosis de prednisona es de 0.5 a 1 mg por kg de peso al día. Los corticosteroides tópicos son eficaces para las lesiones cutáneas, los filtros solares pueden prevenirlas.

² Rose Op cit. 63p



La terapéutica corticosteroidea sistémica está indicada para la enfermedad renal del sistema nervioso central, pericarditis, enfermedad pulmonar.

Al hablar del tratamiento del LES debemos recordar:³

1. Historia natural de la enfermedad, que varía de un paciente a otro, importancia de los tratamientos individualizados
2. Importancia de evitar factores predisponentes de los brotes lúpicos (exposición solar, fármacos, infecciones).
3. Enfermedad de larga evolución.
4. Diagnóstico histológico. La aplicación de un tratamiento determinado no es definitiva, debiendo valorarse durante el seguimiento los posibles cambios a introducir.
5. Empleo de fármacos tóxicos (esteroides, citostáticos).

El tratamiento de las manifestaciones extrarrenales del LES con esteroides es eficaz y suficiente, salvo en excepciones.

La dosificación y duración del tratamiento con esteroides serán dadas por la intensidad de la clínica y su posterior evolución.. La dosificación oscila entre dosis elevadas para cuadros de afectación importante y dosis bajas o sustitución de los corticoides por antipalúdicos de síntesis o ácido acetilsalicílico para cuadros de poca intensidad..

La supervivencia de los pacientes afectos de LES ha aumentado con los años debido a: diagnóstico precoz de enfermedad, mejor calidad del seguimiento clínico y biológico, perfeccionamiento de las pautas terapéuticas y mejor tratamiento de las complicaciones.

En algunos casos los pacientes llegan a presentar insuficiencia renal terminal por lo que requieren hemodiálisis periódicas. Las manifestaciones extrarrenales suelen atenuarse y es frecuente que los pacientes se encuentren asintomáticos y sin ningún tratamiento.

³ Rodés Op cit. 1313p



A veces es necesario un apoyo medicamentoso. Las infecciones y las complicaciones cardiovasculares son causa de la mortalidad frecuente en este grupo de enfermos . El transplante renal es una salida óptima para los pacientes en insuficiencia renal secundaria al LES.

2.7 Datos de laboratorio

Dos pruebas de laboratorio simples son medidas muy informativas de la actividad de la enfermedad: recuento sanguíneo completo y análisis de orina. El lupus activo es con frecuencia caracterizado por la anemia, leucopenia, trombocitopenia.

Es corriente encontrar anemia leve o moderada. Aparece leucopenia en el 50 % de los pacientes.

La prueba significativa, desde el punto de vista diagnóstico y del control de la respuesta a la terapéutica, son una prueba positiva de células de lupus eritematoso, la cual representaba antes uno de los criterios de diagnóstico principales. Sin embargo actualmente y con finalidad de exámenes colectivos, ha sido desplazada por la prueba ANA fluorescente (FANA)., mucho más sensible y rápida.

Un FANA positivo se encuentra virtualmente en todos los casos y, por tanto , una prueba negativa va contra el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico. Una prueba positiva no es diagnóstica ya que aparece en la artritis reumatoidea y otras enfermedades.

Exámenes especiales: En el diagnóstico es útil el estudio de muestras de biopsias cutáneas con microscopia de luz o fluorescencia. Las alteraciones cutáneas pueden mostrar atrofia de epidermis, degeneración de la capa de células basales y edema de la epidermis. En las discoides puede observarse hiperqueratosis y taponamiento folicular



además de infiltrados linfocíticos alrededor de los folículos pilosos y glándulas sudoríparas.

2.8 Pronóstico

Las cifras de supervivencia han mostrado una espectacular mejoría. La supervivencia en 5 años se aproxima ahora al 95% y la de 10 años, a 85%. Las causas principales de muerte son la infección , insuficiencia renal y la invasión del sistema nervioso central

3. LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE CRÓNICO

Sinonimia: Lupus crónico fijo, lupus eritemetoso puramente cutáneo, lupus tegumentario.¹

3.1 Definición: Padecimiento de causa desconocida , con influencia solar, que afecta la piel y mucosas, es de evolución crónica; se caracteriza por lesiones en las partes expuestas a la luz solar, consiste en eritema, escamas y atrofia. Sus límites son precisos, en ocasiones más activos cuando en el centro se observa sobre la superficie ocultas unas prolongaciones córneas como “patitas”, que corresponden a pequeños orificios que quedan en la zona descubierta por la escama (tapones córneos).²

La atrofia va apareciendo lentamente en el centro de las placas y es la natural evolución de la enfermedad con o sin tratamiento, la zona afectada se ve un poco deprimida, blanquecina, sin vello.

3.2 Datos epidemiológicos

Se registran alrededor de un caso por cada 1000 enfermos de la piel. En niños explica menos del 2 % de los casos de lupus, y afecta a ambos sexos por igual.

El lupus eritematoso discoide es un desorden raro en la niñez, solamente 74 casos pediátricos se han divulgado en la literatura inglesa.

¹ Orkin M. Dermatología, México, edit; El manual moderno, 1994 120pp.

² Amado S. Lecciones de dermatología, 10ma. edición México, 1986 . 458pp.

3.3 Diagnóstico diferencial: Dermatitis seborreica, tiña de la cara, lepra.

3.4 Cuadro clínico

Las lesiones clásicas de lupus eritematoso discoide son placas bien definidas, caracterizadas por eritema, taponamiento folicular, telangiectasia, cicatrización, atrofia, hiperpigmentación e hipopigmentación.

Es importante resaltar que el lupus eritematoso discoide puede presentarse de forma aislada, sin asociación con manifestaciones viscerales o serológicas, como una forma crónica y localizada en la piel. Este grupo de pacientes con LED sin afección visceral en general está constituido por mujeres en su cuarta o en la quinta década de la vida.



Lupus eritematoso discoide en paciente infantil³

En el estudio histopatológico de la piel es factible hacer el diagnóstico de lupus eritematoso, pero no es posible saber con la sola información microscópica si la enfermedad está limitada a la piel o es generalizada. El cuadro histológico muestra atrofia epidérmica,

³ Página de internet Medline plus enciclopedia médica lupus eritematoso sistémico

engrosamiento de la membrana basal. El diagnóstico diferencial debe hacerse con la erupción polimorfa a la luz.

En la inmunofluorescencia directa se observa la denominada banda lúpica en la unión dermo-epidérmica. La mayoría de los enfermos presenta lesiones limitadas a mejillas y dorso de la nariz, labios sobre todo el inferior, pabellones auriculares y piel cabelluda. La dermatosis es simétrica o asimétrica, se caracteriza por eritema, escamas y atrofia. Muchas veces las placas son rojas o purpúricas, con escamas finas y adherentes. Las manifestaciones en mucosa bucal y conjuntival son poco evidentes, pero se han informado en 15 %.

3.5 Características clínicas

Las más comunes de la niñez son placas discoideas, caracterizadas por marcar con una cicatriz, taponamiento folicular. Las lesiones cutáneas se localizan generalmente en áreas expuestas al sol.



Lupus eritematoso discoide en cara⁴

⁴ Arenas R. Atlas de dermatología diagnóstico y tratamiento 3ª edición edit; Mc Graw-Hill Interamericana, México 2005

3.6 Manifestaciones orales

El lupus eritematoso discoide crónico son manifiestas aproximadamente en el 25% de los pacientes. La mucosa bucal, encías, mucosa labial y el borde rojo de los labios son localizaciones corrientes de invasión.



Lupus eritematoso discoide en mucosa ⁵

Las lesiones de los labios son inicialmente eritematosas , pero de forma gradual se hacen queratóticas y escamosas.

La lesión del lupus discoide crónico que afecta la mucosa oral aparece típicamente con un área atrófica roja central, ligeramente deprimida, rodeada de una zona de 2-4mm amplia, blanca y elevada de queratinización.

En la boca se presenta generalmente en la encía, la mucosa bucal y el borde bermellón del labio, como lesiones eritematosas con estrías queratóticas blancas y que pueden ulcerarse .A diferencia de las lesiones que forma sobre la piel y en los bordes rojos de los labios, rara vez se produce formación de escaras en las lesiones de la mucosa oral. El área central puede ulcerarse.

⁵ www.infocampo.com/adolfo_arthuur/lupus/htm



Lupus eritematoso discoide en labios⁶

La invasión de la lengua por el lupus eritematoso discoide se caracteriza por la atrofia de las papilas y, a veces, profundas fisuras. Los tejidos palatino y gingival son afectados. Las áreas ulceradas tienden a cicatrizar, con formación de costras.

La inmunofluorescencia indirecta pueden ser útiles para diagnosticar lesiones orales tanto de lupus eritematoso discoide crónico como de lupus eritematoso sistémico.

Las lesiones suelen aparecer en la cara y zonas fotoexpuestas . Comienzan por las placas eritematovioláceas, bien definidas, elevadas y recubiertas por una fina escama adherente, la cual penetra a través de los folículos pilosos.. Al desprenderse una escama, se aprecian unas espículas en la zona correspondiente a los folículos. En su evolución estas placas dejan una atrofia cutánea, dando un aspecto nacarado, blanquecino. En algunos casos las escamas que recubre la lesión es más gruesa dando la forma clínica del lupus hipertrófico . La aparición de lesiones en partes no expuestas al sol, por debajo del cuello, dan lugar al lupus generalizado.

⁶ [http:// dermis.multimédica./dermisroot./diagnose](http://dermis.multimédica./dermisroot./diagnose)

3.7 Diagnóstico y Tratamiento

Éste, puede resultar difícil debido a que las erupciones pueden ser idénticas al LES. Por lo que se debe de examinar meticulosamente la historia clínica y realizar una exploración completa y asegurarse de que otros órganos no son afectados. El tratamiento si se inicia tempranamente, puede prevenir o reducir la gravedad de cicatrices permanentes.

Es importante el protector contra la luz solar con ropa y accesorios adecuadas o con sustancias que impiden el paso de la luz, talco, calamina,, óxido de zinc, filtros solares como antipirina, pueden utilizarse glucocorticoides tópicos.

El tratamiento del lupus eritematoso discoide se debe individualizar y ajustar a la actividad de la enfermedad. Los pacientes deben de ser aconsejados a utilizar amplio espectro y evitar la exposición excesiva del sol. Deben utilizarse cloroquinas, 100-300 mg/día por las mañanas durante varios meses; en niños se administra esta dosis inicial por cuatro a ocho semanas; después la de sostén, que es de 25 a 50 mg/día. Están contraindicadas en embarazo y en trastornos hepáticos o renales importantes.

Se obtienen magníficos resultados con talidomida, 100 a 200 mg/día en adultos, y 50 a 100 mg en niños.

Para una protección se debe:

- Protegerse del sol
- Ingesta de alimentos nutritivos y dieta balanceada con alimentos con bajo contenido en grasa, sal y azúcar pero mucha fibra

3.8 Tratamiento Dental

Si las lesiones orales del lupus eritematoso discoide crónico son dolorosas puede tratarse con esteroides tópicos. Cuando las lesiones están bien delimitadas, puede utilizarse cirugía convencional.

Los pacientes con lesiones labiales crónicas deben evitar la exposición directa al sol y utilizar un filtro solar. Schiodt ha recomendado que los pacientes con lupus discoide orales sean examinados cada año, porque el inicio de la ulceración de estas lesiones puede ayudar a predecir el desarrollo de un lupus eritematoso sistémico.

4. LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO SUBAGUDO

4.1 Definición: Con el término de lupus eritematoso cutáneo subagudo se hace referencia a la existencia de un subtipo de lupus eritematoso con lesiones cutáneas caracterizadas por placas eritemoescamosas o lesiones eritematosas anulares, localizadas en hombros, espalda, V del escote, caras externas de los brazos y antebrazos, menos frecuente en la cara. En aproximadamente la mitad de los casos existe afección visceral, pero en general no es grave, por lo que el pronóstico es favorable.

La alopecia es una manifestación que se presenta hasta en un 70 % de los casos, especialmente en la piel cabelluda. Los cambios vasculares: Incluye el eritema y las telangiectasias. El fenómeno de Raynaud (hipersensibilidad de las manos y dedos al frío con blanqueamiento y entumecimiento en dedos), se presenta hasta en un 30 % de los pacientes.¹

Es lupus eritematoso cutáneo subagudo es caracterizado por presentar una lesión cutánea fotosensible, con brotes bien delimitados. Es más prominente en las áreas expuestas, especialmente en la parte superior del tronco. El 50% de estos pacientes desarrollan manifestaciones sistémicas.

Por presentar una lesión cutánea fotosensible, con bordes bien delimitados. Es más prominente en las áreas expuestas, especialmente en la parte superior del tronco. El 50% de estos pacientes desarrollan manifestaciones sistémicas.

Existen dos variedades morfológicas: las papuloescamosa psoriasiforme y la anular-policíclica. Las lesiones suelen permanecer durante unos meses o incluso años, otras manifestaciones: alopecia no cicatricial, fotosensibilidad, úlceras orales, telangectasia facial.

Las manifestaciones extracutáneas más frecuentes son la artralgia y la artritis, fiebre y astenia.

Un apartado importante, es que no se relaciona con niños.

¹ Diccionario mosby, Medicina enfermería y ciencias de la salud, edit; Harcourt, Barcelona 53p.



Lupus eritematoso subagudo²

² Página de internet uiowa. Edu/hardin/md/espanol/lupus

5. LUPUS NEONATAL

5.1 Definición

Las lesiones cutáneas del lupus neonatal se manifiestan en el nacimiento o durante las primeras semanas de vida. Es un síndrome raro que afecta a niños de madres con una conectivopatía. Las lesiones cutáneas presentan un aspecto anular con centro más claro. El diagnóstico se debe confirmar con la presencia de anticuerpos Ro (SS-A9, los cuales son procedentes de la madre que se consideran marcadores de la enfermedad y desaparecen a los 6 meses.

neonatal

El LES puede exacerbarse durante el embarazo, especialmente en el último trimestre. Ocasionalmente, los recién nacidos de madres con esta enfermedad pueden presentar lesiones cutáneas similares a las del LES, y alteraciones hematológicas. Este síndrome puede desaparecer espontáneamente al cabo de 6-8 meses, éstos recién nacidos pueden presentar bloqueo cardíaco.

5.2 Tratamiento

El tratamiento ha de ser individualizado, pacientes que sufren lupus logran embarazos exitosos, pero deben de estar bajo control y estados de remisión antes de intentar quedar embarazada.

5.3 Embarazo y lupus eritematoso: En mujeres con lupus eritematoso deben comentarse el uso de métodos para control de natalidad, embarazo y parto. Cada paciente se asesora de manera individual sobre lo aconsejable de un embarazo. No se afecta la fertilidad, pero el índice de abortos es el doble de la población normal. Pueden transmitirse a través de la placenta anticuerpos

antinucleares maternos, pero desaparecen en forma permanente cuando el lactante tiene cuatro meses de edad.¹

Los recién nacidos de madres con lupus eritematoso rara vez muestran las características de lupus eritematoso discoide o sistémico, si están afectados, es más frecuente observar las lesiones dermatológicas de lupus eritematoso discoide, leucopenia y trombocitopenia.

¹ Orkin Op cit. 746pp.

CONCLUSIONES

El lupus eritematoso abarca diferentes edades ya que es manifestado tanto en niños como en adultos. Debido a sus diferentes manifestaciones en el Lupus Eritematoso Sistémico por resaltar, la alteración renal , ésta resulta en ocasiones fulminante para un niño por ello es que se debe tener una interconsulta con su pediatra para no poner en riesgo su salud en una atención odontológica.

Hay que tomar actitud optimista con los pacientes. La identificación temprana mejora las posibilidades de supervivencia, debido a que es una enfermedad para toda la vida. Los pacientes deben de identificar los signos y así poder participar en sus cuidados.

Debido a que el diagnóstico de esta enfermedad es de carácter difícil, porque las primeras manifestaciones va de una gripe, malestar general, pérdida de apetito por lo que es preciso hacer una serie de pruebas de laboratorio para descartar o confirmar el mismo.

Un dato relevante es que esta enfermedad, se presenta con mayor incidencia en mujeres que varones hablando de un 80% ya que está relacionado con las hormonas femeninas (estrógenos). Tener un tratamiento de por vida con dosis dependiendo la gravedad de la enfermedad. Tomando en cuenta las manifestaciones de los diferentes tipos de lupus , el odontólogo debe tener interconsultas con el médico tratante para dar una mejor atención odontológica. Además de saber el medicamento que está llevando y así poder elegir la mejor prescripción.

Tomemos en cuenta, que si los síntomas son moderados, es posible que el niño no necesite de prescripciones solo sería estar alerta en algún cambio que se pudiera presentar.



BIBLIOGRAFÍA

Amado S. Lecciones de Dermatología , 10ª. Edición, México 1986. 670pp.

Behrman E. R. Nelson Compendio de Pediatría , 4ta. Edición, Colombia, editorial; Mc Graw-Hill Interamericana, 2004. 1052 pp.

Berhrman E. R. Pediatría , 15va. Edición, México, editorial Mc Graw Hill , 2005. 1461pp.

Brennan T.Michael, Oral manifestations of patients with lupus erythematosus.
Rev. The dental clinics 2004; 127-138

Castellanos J. L. Medicina en Odontología (Manejo dental de pacientes en enfermedades sistémicas), 2ª. Edición, México, editorial El Manual Moderno, 2002, 481pp.

Conectivopatías: Lupus eritematoso. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica. 121-122pp.

Hoekelman , A. R. , Adam , M.H. Atención primaria en pediatría, España, editorial ; Harcourt, 2002, vol. II.

Hupp James Review of systemic lupus erythematosus., Rev. Medical management update, 2001. 512- 213

Khamashta MA, Evaluation of systemic lupus erythematosus activity during pregnancy, Rev. Lupus 2004. 679



Lamberg I. S. , Manual de Dermatología Práctica, España, editorial; Mc Graw-Hill Interamericana, 1987.

Magaña G. M. Dermatología, México, editorial Panamericana, 2003, 415 pp.

Martínez M. R. La Salud del niño y del Adolescente, 4ta. Edición, México, editorial El Manual Moderno, 2001. 1172 pp.

Meneghello, R. J. Pediatría 4ta. Edición, Santiago – Chile , editorial Mediterráneo, 1985. 1559pp.

Orkin M. Dermatología, México, editorial El Manual Moderno, 1994, 866 pp.

Rodés, F. J. ,Guardia M. J. El Manual de Medicina, Ediciones Científicas y Técnicas S.A., Barcelona, Editorial, Salvat, 1993. 3429pp.

Rose. F. Louis, Kaye, Donald, Medicina Interna en Odontología Tomo I, Edit; Salvat, Barcelona 1992.

Sana Triki, Lupus erythematosus in children: Report of six cases, Rev. Dermatology Online Journal vol 11 number 2, 2006

Skopouli Fotini, MD, Histologic lesion in labial salivary glands of patients with systemic lupus erythematosus, Oral med Oral pathol 1991; 208-211.

Stedman. Diccionario de ciencias médicas 1528pp.



www.lib.uiowa.edu/hardin/md/espanol/lupus.htm

www.medspain.com/ant/n1_oct98/anestesia.htm

www.sdpt.net/colagenopatias