

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Manifestaciones orales de las enfermedades sistémicas. Reflexión médica y revisión bibliográfica

Dra. Dianelí Lorely Reyes Hernández

Hospital Clínico Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

RESUMEN

Las enfermedades sistémicas pueden estar precedidas o cursar, dentro de otras alteraciones, con manifestaciones orales. Las lesiones de la cavidad bucal son atendidas, en su mayoría, por los Especialistas en Estomatología, por lo que el conocimiento de las manifestaciones orales de las enfermedades sistémicas que en el presente trabajo se expone contribuye a una correcta conducta ante estas afecciones que, finalmente, han de ser derivadas al especialista en la atención de cada una de ellas.

Palabras clave: manifestaciones bucales, enfermedades sistémicas

ABSTRACT

Systemic diseases may be preceded or take, within other changes, with oral manifestations. Lesions of the oral cavity are attended, mostly, by Specialists in Stomatology, so that knowledge of the oral manifestations of systemic diseases in this work is exposed contributes to proper conduct in these conditions, finally, they must be derived to specialists in the care of each of them.

Key words: oral manifestations, diseases systemic

Los síntomas y los signos de las lesiones orales son motivo de consulta estomatológica. Si bien la mayoría de los casos atendidos obedecen a trastornos propios del aparato bucal, en un número no despreciable de pacientes son la manifestación de una enfermedad que afecta otros sistemas orgánicos de la que el diagnóstico y el tratamiento no solo competen al Especialista en Estomatología, sino también al Especialista en Medicina General.

El conocimiento que de estas manifestaciones tenga el Especialista en Estomatología lo alerta a ampliar la búsqueda de enfermedades que afectan otros sistemas en conjunto con otras especialidades clínicas. Entre estas enfermedades se encuentran la enfermedad de Crohn, el lupus eritematoso sistémico, las vasculitis, como el síndrome de Behcet, y otras que se abordarán (se describirán las manifestaciones orales que pueden generar y se orientará el estudio en su búsqueda).

Las enfermedades sistémicas son aquellos procesos mórbidos que afectan más de un sistema orgánico. La etiopatogenia de muchas de estas enfermedades aún no se esclarece del todo, pero es bien sabido que, en gran parte de ellas, están involucrados procesos inflamatorios y desórdenes del sistema inmunológico que dan origen a las diversas manifestaciones.^{1,2}

La mayoría de los pacientes con úlceras aftosas orales recidivantes no tienen otra afectación, pero en otros la presencia de lesiones crónicas de estomatitis

aftosa se asocia a procesos sistémicos. Entre los más comúnmente asociados se encuentran el síndrome de Behcet, la enfermedad de Crohn y la enteropatía sensible al gluten o enfermedad celiaca. Las enfermedades inflamatorias intestinales, como el Crohn y la colitis ulcerosa, pueden estar precedidas, en su inicio, por febrícula y ulceración bucal dolorosa. A menudo, los síndromes de malabsorción son leves, incluso asintomáticos, pero aún así parecen capaces de producir deficiencias nutricionales de hierro, ácido fólico y vitamina B12, todas las que han sido relacionadas con úlceras aftosas recidivantes.³⁻⁷

El síndrome de Behcet es un trastorno sistémico de origen desconocido consistente en múltiples lesiones similares a aftas oculares, anogenitales y orales; con frecuencia aparecen la afectación del sistema nervioso central y las artralgias. Las úlceras bucales son redondas u ovals, dolorosas y, por lo general, múltiples, y pueden ser el único signo de la enfermedad, que es poco frecuente, de naturaleza sistémica compleja y que se diagnostica siguiendo criterios clínicos. En el 50% de los casos se han encontrado anticuerpos circulantes específicos contra la mucosa oral. Una característica llamativa y constante de este síndrome es la presencia de úlceras intraorales idénticas a las de la estomatitis aftosa menor junto a lesiones similares en el área anogenital. La presencia de úlceras orales, anogenitales y oculares similares a aftas suele bastar para el diagnóstico.⁸⁻¹⁰

La enfermedad de Crohn es un proceso inflamatorio crónico del tracto gastrointestinal que puede afectar a cualquier zona entre la boca y el ano; se caracteriza por la presencia de grandes zonas discontinuas de tejido normal entre áreas de abscesos, granulomas, fibrosis y fístulas. Es raro que la enfermedad se presente en la cavidad oral y la parte superior del tracto gastrointestinal; cuando aparece en estas localizaciones varían sus manifestaciones en dependencia de la estructura específica implicada. El área que se afecta con mayor influencia es la mucosa bucal, en la que se muestra un patrón adoquinado; en el vestíbulo la lesión suele presentarse en forma de pliegues hiperplásicos lineales con úlceras; cuando los labios están afectados quedan inflamados e indurados de manera difusa; las lesiones de la encía y la mucosa alveolar son menos frecuentes y si aparecen tienen el aspecto de una lesión granular y eritematosa. Las úlceras aftosas múltiples pueden aparecer en cualquier localización, pero se presentan más frecuentemente en el paladar. En muchos casos, durante el curso de la enfermedad, se ven afectadas varias localizaciones intraorales. Estas lesiones orales pueden presentarse meses, e incluso años, antes de que aparezcan los síntomas abdominales y se diagnostique el síndrome de Crohn.^{11,12}

Otros disímiles procesos patológicos también dan lugar a manifestaciones bucales: la sarcoidosis, la esclerodermia, la granulomatosis de Wegener, las espondiloartropatías, las miopatías inflamatorias sistémicas, el síndrome de Sjögren y el lupus eritematoso sistémico (en este último son manifestaciones preponderantes consideradas dentro de los criterios diagnósticos de la enfermedad).^{11,13,14}

La sarcoidosis es una enfermedad crónica que afecta la piel, las mucosas, las glándulas salivales, los pulmones y otros órganos y que se caracteriza por múltiples granulomas epiteloideos no caseificantes y fibrosos de los tejidos adyacentes. Las lesiones orales se manifiestan por un aumento de tamaño difuso de la submucosa o de los nódulos firmes focales. La ulceración es rara y

las lesiones suelen ser totalmente asintomáticas. Se han descrito lesiones en los labios, la lengua, la mucosa bucal, las encías, el paladar duro y el blando y en el suelo de la boca. El tejido contiene múltiples granulomas que forman un aspecto nodular y que son similares a los observados en la tuberculosis pero que difieren por la ausencia de necrosis caseificante central y menor infiltrado linfocítico.^{1,3,11}

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria multisistémica debida a una lesión tisular mediada por el sistema inmunitario que está considerada, también, como un trastorno inflamatorio crónico de la piel, el tejido conectivo y los órganos internos específicos asociado con anticuerpos circulantes frente al ácido desoxirribonucleico y a otras proteínas nucleares causantes de lesiones redondeadas blancuzcas en la mucosa bucal y de erupciones eritematosas en la piel expuesta al sol. La piel y la mucosa se afectan, en la mayoría de los pacientes con lupus (21%) aparecen lesiones orales. Entre los 11 criterios para el diagnóstico de esta enfermedad se encuentran las úlceras bucales indoloras; también puede ocasionar lesiones discoides en el labio. El paladar blando o duro puede ser afectado por placas discoides, zonas de eritemas y úlceras. Las úlceras mucosas se deben a una mucositis y son típicas del LES. Es en el lupus eritematoso discoide (LED) la forma de enfermedad en la que destacan las lesiones cutáneas y mucosas en el rostro. Es frecuente también la alopecia. Aparecen lesiones orales en aproximadamente 24% de pacientes con LED, similares a las lesiones orales de otras formas de lupus eritematoso. En el LES las lesiones orales son menos frecuentes pero suelen ser más sintomáticas y afectan a mayor número de estructuras intraorales. Pueden observarse lesiones en la mucosa oral en todos los tipos de lupus eritematoso, en forma de áreas leucoplásicas anulares y erosivas eritematosas (o ambas) o úlceras crónicas; esta lesión es más frecuente en el LED. En formas más leves pueden no aparecer úlceras, sino lesiones en forma de eritema crónico ligeramente dolorosas, a menudo con quemazón. La lesión crónica de larga evolución puede dar pocos síntomas y manifestarse como una mancha leucoplásica que no se ulcera. Aunque en ocasiones las lesiones orales constituyen el primer signo físico del lupus eritematoso en la mayoría de los casos las lesiones orales y cutáneas aparecen simultáneamente.¹⁵⁻¹⁸

La esclerodermia es una enfermedad reumática adquirida de causa desconocida. Suele afectar con mayor frecuencia a mujeres de mediana edad, tiene manifestaciones clínicas progresivas y le sigue una evolución crónica, a menudo progresiva. En casi el 25% de los pacientes con esclerosis sistémica hay resequedad de la mucosa oral (xerostomía). La esclerosis sistémica progresiva (esclerodermia) es un trastorno generalizado caracterizado por la sustitución del tejido conjuntivo normal por haces de colágeno denso, con fibrosis, pérdida de movilidad y alteración de funciones orgánicas. Las manifestaciones orales y faciales son más frecuentes en pacientes con la forma difusa y el síndrome de CREST (calciosis, fenómeno de Raynaud, estenosis esofágica, esclerodactilia y telangiectasias cutáneas). El principal problema oral es la restricción progresiva de la apertura de la boca y la pérdida de producción de saliva, que provoca xerostomía, con sus complicaciones asociadas. Todo ello, junto con la disfagia producida por la estenosis esofágica, disminuye la capacidad de alimentarse y recibir tratamiento odontológico. Otros hallazgos son induración generalizada

del tejido mucoso, alteración de la función lingual y alteración del componente fibroso de las encías, con periodontitis avanzada. Puede observarse reabsorción de los cóndilos de la mandíbula y acortamiento del frenillo.^{19,20}

El síndrome de Sjögren es un trastorno inflamatorio crónico mediado por reacciones inmunitarias y caracterizado por infiltración linfocítica de las glándulas salivales y lagrimales que se acompaña de manifestaciones clínicas de queratoconjuntivitis seca y xerostomia. La sequedad bucal tiene una gravedad fluctuante, muchos pacientes señalan dificultad para masticar y deglutir, úlceras en la cavidad bucal, cambios en el gusto y el olfato, fisuras en la lengua y los labios (queilitis angular) y un aumento de las caries dentales.^{11,13,21}

Las vasculitis son procesos clinicopatológicos caracterizados por inflamación de la pared de los vasos sanguíneos, que pueden disminuir la luz vascular con la consiguiente alteración isquémica del tejido que irriga. Entre ellas, la granulomatosis de Wegener, una vasculitis granulomatosa que afecta arterias y venas pequeñas con afectación de vía respiratoria alta y baja puede originar úlceras bucales. Esta es una enfermedad rara, un proceso inflamatorio granulomatoso con necrosis graves y afecta, fundamentalmente, el aparato respiratorio y los riñones. En el 90% hay lesiones en la cabeza y el cuello, mientras que las lesiones orales son raras (del dos al 5% de los casos). La lesión oral más frecuente es una gingivitis inflamatoria granulomatosa que parece iniciarse en las papilas interdentes. Estas lesiones de color rojo enterizo, nodulares y friables se denominan "gingivitis aframbuesada" porque recuerdan frambuesas muy maduras. También pueden producirse úlceras y perforaciones en el paladar, así como tumefacción y descamación de los labios.²²⁻²⁵

En las espondiloartropatías como el síndrome de Reiter, definido por la tríada clásica de artritis, uretritis y conjuntivitis, se presentan ulceraciones indoloras en la lengua o el paladar en el 50% de los casos. En la policondritis recidivante, caracterizada por la inflamación y la destrucción recurrente de estructuras cartilaginosas y otros tejidos conectivos, se afectan, fundamentalmente, los pabellones auriculares, los cartílagos nasales y los anillos traqueales; también pueden aparecer úlceras bucales.^{11,13,26,27}

La pioestomatitis vegetante es un proceso inflamatorio de las mucosas y, ocasionalmente, de la piel. Se caracteriza por la presencia de múltiples lesiones pustulosas que se rompen y diseminan las ulceraciones focales. Su aparición indica la existencia de una enfermedad inflamatoria intestinal, generalmente la colitis ulcerosa, y también se le asocia a la enfermedad de Crohn. El aspecto más frecuente de la mucosa oral es como de grandes manchas eritematosas granulares, con pústulas en su interior y ulceraciones superficiales, que afectan más comúnmente la encía insertada vestibular y labial, la mucosa bucal y los paladares duro y blando; la lengua y el suelo de la boca suelen estar libres. Los síntomas pueden ser leves y consisten en brotes ocasionales de fiebre moderada y linfadenopatía. Junto con las lesiones orales la presencia de eosinofilia periférica elevada, además de ser signo de colitis ulcerosa, es un elemento valioso para el diagnóstico.¹⁻³

La dermatomiositis es una de las formas más frecuentes de una familia de enfermedades adquiridas y sistémicas del tejido conjuntivo conocidas como miopatías inflamatorias idiopáticas, aunque los síntomas predominantes afectan

al sistema osteomioarticular y la piel también pueden observarse encías hemorrágicas por los capilares dilatados de los mismos.^{11,13}

En los últimos años se ha incrementado el interés en una nueva enfermedad de causa aún desconocida y que comprende un amplio espectro de alteraciones que comparten características patológicas, serológicas y clínicas. Antes se creía que estas alteraciones no estaban relacionadas y no fue hasta el año 2003 en que la enfermedad relacionada con la IgG4 (ER-IgG4) se reconoció como un padecimiento sistémico, cuando se identificaron las manifestaciones extrapancreáticas en pacientes con pancreatitis autoinmunitaria que tenían mayor cantidad de células plasmáticas IgG4. La ER-IgG4 es de descripción reciente y se caracteriza por fibrosis inflamatoria acompañada o no de concentraciones séricas de IgG4 elevadas. Se ha propuesto que es secundaria a la interacción entre células Th2 y células B y que resulta en concentraciones elevadas de IgG4 y de mediadores inflamatorios, eventos que se expresan a nivel tisular como infiltrados linfoplasmocitarios y fibrosis. Para el diagnóstico es necesaria la combinación de elementos clínicos, serológicos, histopatológicos e inmunohistoquímicos. Desde el punto de vista clínico la enfermedad puede manifestarse con afectación de un solo o de múltiples órganos como las glándulas salivales y lacrimales, el páncreas, la vía biliar, el peritoneo, el tiroides, el tejido periorbitario, el pulmón, el riñón, la piel, el tejido linfoide, la meninges, la aorta, la próstata, el pericardio, el tejido cervical, el mesenterio, el tejido mamario y la hipófisis. La sialoadenitis, también conocida como tumor de Küttner, puede manifestarse como un aumento de tamaño de la glándula salival, y la enfermedad de Mikulicz, consistente en un aumento de tamaño bilateral, no doloroso y simétrico, de las glándulas lacrimales, parótidas y submandibulares. Estos padecimientos, en los que hay manifestaciones bucales como la xerostomía y sus consecuencias orales, se consideran parte del espectro de esta enfermedad.^{28,29}

Las manifestaciones orales pueden preceder a la aparición de ciertas enfermedades sistémicas o acompañarlas en su evolución, de ahí la importancia de conocer estas manifestaciones tanto por el Especialista en Estomatología como por el de Medicina G para realizar su correcto diagnóstico y tratamiento.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración especial de David Alejandro Rodríguez Rojas, alumno de la carrera de Medicina de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara, en la realización de esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Viñals Iglesias H, Chimenos Kbstner E. Patología y pseudopatología lingual. *Form Méd Cont.* 2001;8(5):290-306.
2. Bascones A, Llanes F. *Medicina bucal.* Madrid: Ediciones Avances; 1991.
3. Phillip Sapp J, Eversole LR, Wsocki GP. Trastornos mediados por procesos inmunitarios. En: *Patología oral y maxilofacial contemporánea.* 2 ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2014. p. 252-86.
4. Pacho Saavedra JA, y Piñol Jiménez FN. Lesiones bucales relacionadas con las enfermedades digestivas. *Rev Cubana Estomatol [Internet].* 2006 [citado 15 Agos

- 2013]; 43(3): [aprox. 12 p.]. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol43_3_06/est08306.htm
5. Enfermedad inflamatoria intestinal: una perspectiva global. Guía Mundial de la OMGE para el manejo de EII [Internet]. 2009 [citado 14 Mar 2014]. Milwaukee: Organización Mundial de Gastroenterología. Disponible en:
<http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/inflammatory-bowel-disease-spanish-2009.pdf>
 6. Sánchez Juan CJ, Real Collado JT. Malnutrición. Concepto, clasificación, etiopatogenia. Principales síndromes. Valoración clínica. Medicine [Internet]. 2002 [citado 21 Mar 2015]; 8: 4669-74. Disponible en:
<http://www.medicineonline.es/es/pdf/S0304541202708688/S300/>
 7. Ogura M, Yamamoto T, Morita M, Watanabe T. A case-control study on food intake of patients with recurrent aphthous stomatitis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod [Internet]. 2001 [citado 2 Feb 2014]; 91(1): 45-9. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11174570>
 8. Alzamora Barrios B, Martínez Yactayo F. Enfermedad de Behcet: estudio clínico y tratamiento en el Hospital Arzobispo Loayza. Rev Med Hered [Internet]. 2001 [citado 29 Sept 2015]; 12(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2001000200004&script=sci_arttext
 9. Ortego Centeno N. Enfermedad de Behcet. Manifestaciones clínicas y criterios diagnóstico. I Jornada sobre Enfermedad de Behcet. Granada; 2009 Jul.
 10. Chiapasso M, Figini E, Pedrinazzi M, Ferrieri G. Principios básicos. En: Chiapasso M. Cirugía oral. España: Elsevier Masson; 2004. p. 1-32.
 11. Vilardell Tarrés R, Ordi Ros J. Lupus eritematoso sistémico. En: Farreras Valentí P, Rozman C. Medicina interna. 17 ed. España: Elsevier; 2012. p. 1017-48.
 12. Fernández Rodríguez AM, Macías Fernández I, Navas García N. Lupus eritematoso sistémico y enfermedad de Crohn: un caso. Rev Reumatol Clin [Internet]. 2012 [citado 12 Ago 2015]; 8(3): 141-142. Disponible en:
<http://www.reumatologiaclinica.org/es/lupus-eritematoso-sistemico-enfermedad-crohn/articulo/S1699258X11002701/>
 13. Arend WP, Lawry GV. Enfoque del paciente con enfermedades reumáticas. En: Cecil Goldman. Tratado de medicina interna. 24 ed. Barcelona: Elsevier; 2013. p. 1652-1757.
 14. Norton NS. Cavidad bucal. En: Netter. Anatomía de cabeza y cuello para odontólogos. 2 ed. España: Elsevier Masson; 2012. p. 325-378.
 15. Enríquez-Mejía MG. Fisiopatología del lupus eritematoso sistémico. Rev Med Invest [Internet]. 2013 [citado 29 Sept 2015]; 1(1): [aprox. 14 p.]. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medicina-e-investigacion-353-articulo-fisiopatologia-del-lupus-eritematoso-sistemico-90165398>
 16. Kadouch J, Labojka D. Nuevos enfoques del LED (Lupus Eritematoso Diseminado) [Internet]. 2014 [citado 29 Sept 2015] Disponible en:
https://www.scor.com/images/stories/pdf/library/scor-inform/inform-LED_ES.pdf
 17. Ugarte Escobar C. Manifestaciones orales en las enfermedades difusas del Tejido Conectivo. Rev Perú Reum. 1996; 2(2): 57-4.
 18. López-Labady J, Moret Y, Villarroel Dorrego M, Mata de Henning M. Manifestaciones bucales del Lupus Eritematoso. Revisión de la literatura. Acta Odontol Venez [Internet]. 2007 [citado 20 oct 2015]; 45(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en:
http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/2/manifiestaciones_bucales_lupus_eritematoso.asp
 19. Hedrich CM, Fiebig B, Hahn G, Suttorp M, Gahr M. Presentations and treatment of childhood scleroderma: localized scleroderma, eosinophilic fasciitis, systemic sclerosis, and graft-versus-host disease. Clin Pediatr (Phila) [Internet]. 2011

- [citado 14 ene 2015]; 50(7): 604-14. Disponible en: <http://cpj.sagepub.com/content/50/7/604.long>
20. Orozco A, Zuluaga A, Ramos J, León Herrera W, Loreto MC. Manifestaciones orales en una paciente con esclerodermia linear; reporte de un caso. Rev CES Med [Internet]. 2000 [citado 14 Mar 2014]; 14(2): 51-6. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/753>
21. López-Pintor RM, Fernández Castro M, Hernández G. Afectación oral en el paciente con síndrome de Sjögren primario. Manejo multidisciplinar entre odontólogos y reumatólogos. Reumatol Clin [Internet]. 2015 [citado 1 Feb 2016]; 11(6): 387-94. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/afectacion-oral-el-paciente-con/articulo/S1699258X15000571/>
22. Lacruz Pérez L. Granulomatosis De Wegener, arteritis de Takayasu, síndrome de Churg-Strauss, vasculitis primaria del sistema nervioso central y otras vasculitis. Protoc Diagn Ter Pediatr [Internet]. 2014 [citado 29 Sept 2015]; 1: 141-9. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/15_otras_vasculitis.pdf
23. Rivero DS. Enfrentamiento de las vasculitis primarias. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2012 [citado 29 Abr 2014]; 23(4): 403-411. Disponible en: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/4%20julio/6_Dr.-Santiago-Rivero-16.pdf
24. Hernandorena González M, Bértolo Domínguez M, Dosdá Muñoz R, Pérez Martínez MV, Mollá Landete MA. Vasculitis de Wegener: diferentes presentaciones pulmonares en el diagnóstico inicial y durante la evolución de la enfermedad. Rev Argent Radiol [Internet]. 2009 [citado 29 Sept 2015] 73 (3): 277-80. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-99922009000300006
25. De Jesús Cantillo J, Andrés Díaz JE, Enrique Andrade R. Granulomatosis de Wegener. Una enfermedad de varias caras. Acta Méd Colomb [Internet]. 2007 [citado 29 Sept 2015]; 32(3): 136-144. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v32n3/v32n3a7.pdf>
26. Khan A. Espondilitis anquilosante: Los hechos. Córdoba: Cíbola; 2011.
27. González-Rodríguez M, Guerra-Soto AJ, Corona-Sánchez EG, Rocha-Muñoz AD, Díaz-González EV, González-López L. Espondilitis anquilosante. Conceptos generales. Residente [Internet]. 2013 [citado 10 Ago 2015]; 8(3): 106-113. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2013/rr133d.pdf>
28. Carrillo Esper R, Echeverría Vargas JA. Enfermedad relacionada con IgG4. Med Int Mex [Internet]. 2013 [citado 10 Agos 2015]; 29(1): 53-61. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2013/mim131j.pdf>
29. Erlij D, Ramos D, Montaña J, Kusnir P, Correa G, Neira O. Enfermedad relacionada a IgG4, el nuevo "gran simulador": caso clínico. Rev Méd Chile [Internet]. 2014 [citado 10 Ago 2015]; 142(5): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000500014

Recibido: 20-10-2015

Aprobado: 22-12-2015

Dianelí Lorely Reyes Hernández. Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro". Avenida Hospital Nuevo e/ Doble Vía y Circunvalación. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 50200 Teléfono: (53)(42)270000 dianelirh@hamc.vcl.sld.cu