



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SÍNDROME DE SJÖGREN Y SÍNDROME DE BOCA
ARDOROSA EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD
ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE MEDICINA BUCAL DE
LA DEPeI, FO. UNAM.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

SANDRA LIMÓN VIDAL

TUTORA: Dra. ELBA ROSA LEYVA HUERTA



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.

| ÍNDICE | Página |
|--------------------------------------|---------------|
| 1. INTRODUCCIÓN | 5 |
| 2. ANTECEDENTES | 6 |
| 3. MARCO TEÓRICO | 11 |
| 3.1. Geriatría y gerontología | 11 |
| 3.2. Síndrome de Sjögren | 18 |
| 3.3. Síndrome de boca ardorosa | 26 |
| 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 30 |
| 5. JUSTIFICACIÓN | 30 |
| 6. OBJETIVOS | 31 |
| 6.1. Objetivo general | 31 |
| 6.2. Objetivos específicos | 31 |
| 7. MATERIAL Y MÉTODO | 31 |
| 7.1. Tipo de estudio | 32 |
| 7.2. Población de estudio | 32 |
| 7.3. Criterios de inclusión | 32 |
| 7.4. Criterios de exclusión | 32 |
| 7.5. Variables de estudio | 33 |
| 7.5.1. Variables independientes | 33 |
| 7.5.2. Variables dependientes | 34 |
| 8.- RESULTADOS | 35 |

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| 9.- DISCUSIÓN | 46 |
| 10. CONCLUSIONES | 48 |
| 11. GLOSARIO | 49 |
| 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 53 |

A mis padres Carlos y Alicia, gracias por su comprensión y cariño, porque sin su apoyo no hubiera podido lograr esta meta, una de tantas que están por venir. Nunca terminaré de agradecerles todo lo que hacen por mí. Los amo.

A mi hermano Carlos, porque siempre has sido un ejemplo a seguir para mí, tus consejos me han impulsado a seguir adelante, a no rendirme y siempre los tengo presentes. Te quiero mucho hermano.

A mi familia que siempre me apoyó en cada paso de la carrera.

A mi tutora la Dra. Elba Rosa Leyva Huerta por los conocimientos brindados, su invaluable tiempo, dedicación y sobre todo paciencia para que pudiera realizar este trabajo.

Gracias también al Dr. Luis Alberto Gaitán Cepeda por las enseñanzas y orientación en la realización de este proyecto.

A Erikita, Isa, Fer y David por ser más que mis amigos de carrea, unos compañeros, gracias por todas las experiencias vividas y porque su amistad y apoyo es irremplazable. A Anita, Arely, Chío y Citlali porque me demostraron ser unas verdaderas amigas, brindando apoyo y confianza en todo momento.

A mis amigas y compañeras de servicio social, gracias a Vero, Ellen, Arely, Estrellita y Esperanza porque ustedes me guiaron en esa gran aventura, sin duda una de las mejores cosas que me han pasado en la vida es haber realizado ese servicio social y haberlas conocido, también agradezco a Aidé, Fany, Xime, Caro y Eva por todas las anécdotas que se quedarán para siempre conmigo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por ser mi segunda casa y permitirme realizar uno de mis mayores anhelos, por brindarme todo lo necesario para mi formación profesional.

1. INTRODUCCIÓN

El progresivo envejecimiento de la población y el incremento en la esperanza de vida, ha propiciado que los profesionales de la salud dirijan su atención a este vulnerable grupo de personas para conocer los diferentes padecimientos a los que estos pacientes son susceptibles de acuerdo a su grupo de edad y a las características bucales que se van adquiriendo con el paso de los años.

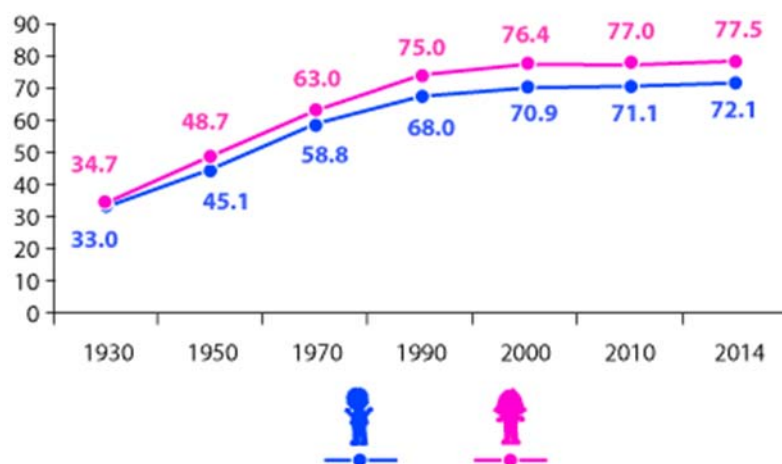
En la clínica de medicina bucal de la División de Estudios de Posgrado e Investigación (DEPeI) de la Facultad de Odontología existe un registro de lesiones y alteraciones bucales. Por tal motivo en el presente trabajo se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico del Síndrome de Sjögren y del Síndrome de Boca Ardorosa con la finalidad de conocer su prevalencia en pacientes mayores de 60 años que acudieron a recibir atención durante el periodo comprendido del año 2006 al 2015.

Este trabajo abordará en primer lugar los conceptos de geriatría y odontogeriatría y su relación con la gerodontología. Posteriormente se describirán las características de los tejidos orales durante el proceso de envejecimiento.

2. ANTECEDENTES

En los últimos años a nivel mundial se ha demostrado que existe un incremento de la población adulta mayor.¹

En México la esperanza de vida ha aumentado considerablemente. En la gráfica 1 se muestra que en el año 1930 de acuerdo al Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) la esperanza de vida era de 34 años en promedio y para el 2014 la esperanza de vida fue de casi 75 años en promedio; 77 años para las mujeres y 72 para los hombres.²



Gráfica 1. Esperanza de vida en México.
Fuente: Indicadores sociodemográficos de México (1930-2000)
(INEGI)

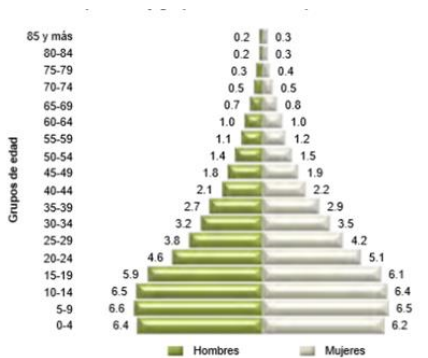
De acuerdo al INEGI en el 2010 la población adulta mayor en México correspondía a 9.4 millones de individuos. Dicha población se triplicará en 26 años.²⁻³

Las tres principales causas de muerte en personas a partir de 60 años reportadas en el 2012 por el mismo y por el Consejo Nacional de Población

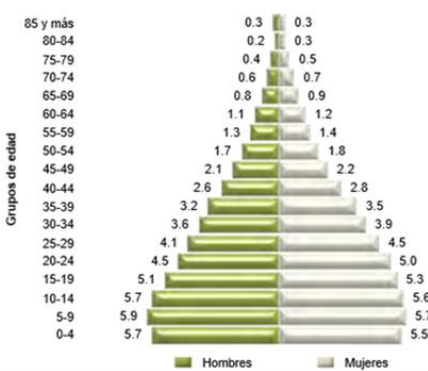
(CONAPO) fueron: enfermedades isquémicas del corazón, diabetes mellitus y enfermedad cerebrovascular.²

Así mismo el censo de población y vivienda reportó en ese mismo año que la población femenina fue mayor a la masculina; las mujeres alcanzaron la cifra de 57.5 millones representando el 51.1% de la población total y los hombres 54.9 millones; representando 48.9% de la población total.²

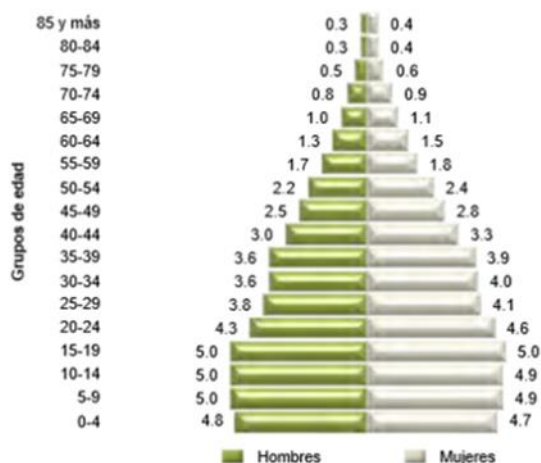
En las cifras emitidas por el INEGI se puede apreciar un descenso constante y significativo de la población de 0 a 14 años de edad del año 1990 al 2010; como consecuencia de la disminución de los niveles de fecundidad. (Gráfica 2, 3 y 4).



GRÁFICA 2. Estructura por sexo y grupos de edad de la población, 1990.
Fuente: INEGI. XI Censo General de Población y Vivienda 1990.



Gráfica 3. Estructura por sexo y grupos de edad de la población, 2000.
Fuente: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000.



Gráfica 4. Estructura por sexo y grupos de edad de la población, 2010.

Fuente: INEGI. XIII Censo General de Población y Vivienda 2010.

En la gráfica 4 se puede observar que la estructura de la población del país en el 2010 se ensancha en el centro y se reduce en la base, es decir que hubo un cambio en la estructura de la población con predominio de niños hacia una población joven y en edad laboral. En la misma gráfica se observa que en las edades laborales la composición de la

estructura cambia debido a la movilidad internacional principalmente, sobre todo de la población masculina entre los 20 y 39 años de edad.²

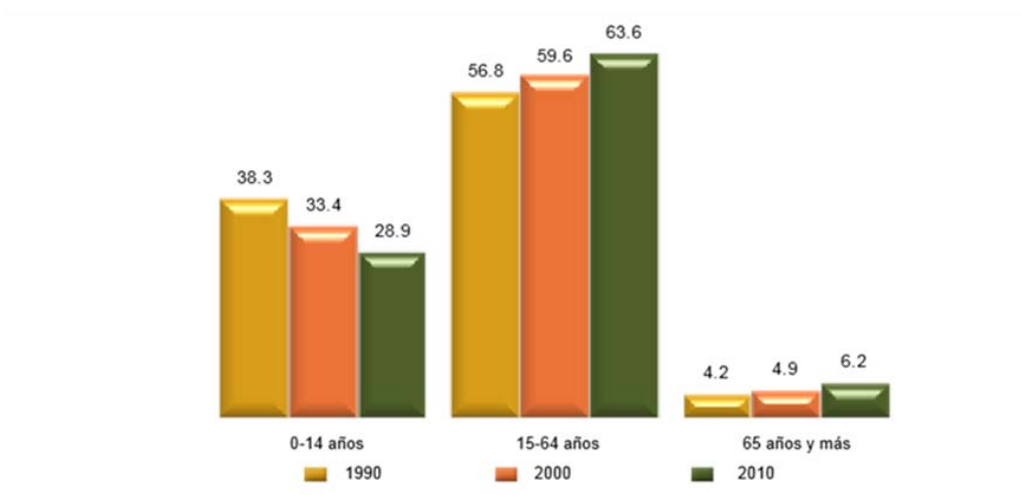
Ellos mismos mencionan que en la medida en la que la tasa de natalidad y mortalidad han disminuido, la esperanza de vida ha aumentado; por lo que el proceso de envejecimiento de la población mexicana se ha incrementado considerablemente.² (Gráfica 2, 3 y 4). La esperanza de vida de la población femenina, tiende a incrementar la proporción de mujeres en edades avanzadas, como se puede observar en la estructura de población a partir de los 60 años y más de edad.²

2.1. Población por grupos de edad

El INEGI en esos mismos años agrupó a la población en tres grandes grupos de edad:

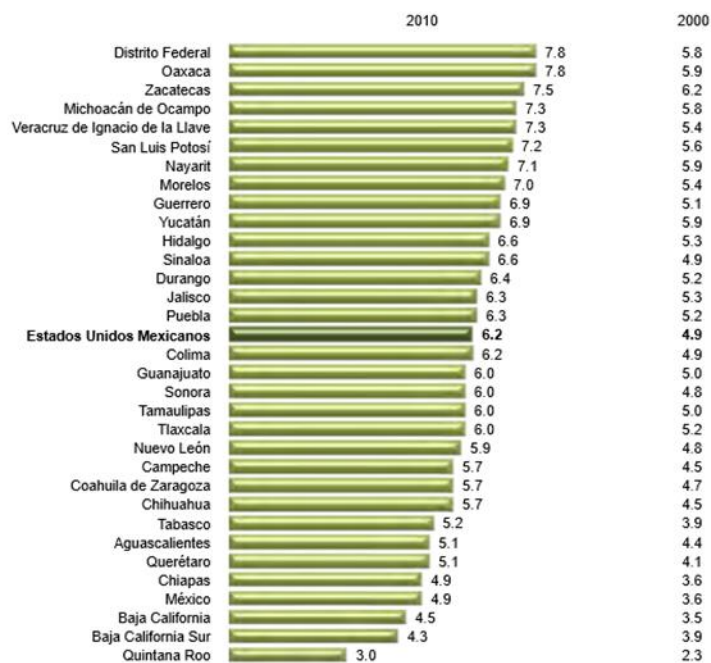
- Grupo 1: personas menores de 15 años.
- Grupo 2: personas entre 15 y 64 años.
- Grupo 3: personas de 65 años y más.

Ellos mencionan que en el lapso de 20 años se observa un constante descenso de la población de 0 a 14 años como efecto de la reducción de la fecundidad que se explicó anteriormente, disminuyendo significativamente la población infantil. Esta disminución se incrementa en la población de 15 a 64 años. Mientras que la proporción de adultos mayores pasó de ser el 4.2% en 1990 al 6.2% en 2010 como se muestra en la gráfica 5.²



Gráfica 5. Distribución porcentual de la población según grandes grupos de edad, 1990, 2000 y 2010.
Fuente: INEGI. XI Censo general de población y vivienda 1990; XII Censo general de población y vivienda 2000, XIII Censo general de población y vivienda 2010.

En el mismo 2010 el INEGI reportó que los estados que registraron una mayor cantidad de población (Gráfica 6) fueron: Distrito Federal, Oaxaca y Zacatecas principalmente; pero comparando los resultados con el censo del 2000, los estados que mostraron el incremento más significativo fueron: Distrito Federal, Oaxaca y Veracruz. Con una diferencia de 2 puntos porcentuales para el Distrito Federal, y 1.9 para Oaxaca y Veracruz, y los estados que mostraron un menor incremento entre el censo del 2000 y el del 2010 fueron: Baja California Sur con 0.4 puntos porcentuales, Quintana Roo y Aguascalientes con 0.7 puntos porcentuales respectivamente.²



Gráfica 6. Porcentaje de la población de 65 años y más por entidad federativa, 2000 y 2010.
Fuente: INEGI. XII Censo general de población y vivienda 2000, cuestionario básico, XIII Censo general de población y vivienda 2010.

2.2. Relación hombres-mujeres por grupo de edad

En 2010 el INEGI reportó 95 hombres por cada 100 mujeres, proporción similar a la obtenida en el 2000. En la gráfica 4 se observa que en los primeros grupos de edad predomina la población masculina, ellos observaron que en el país y en prácticamente el resto del mundo nacen más hombres que mujeres. Sin embargo a partir del grupo de 20-24 años hasta el de 35-39 años se observa una disminución de los mismos tanto en el año 2000 (Gráfica 3) como en el 2010 (Gráfica 4), justificado por la cantidad de población masculina que migra hacia el exterior del país. En los grupos de edad mayores vuelve a aumentar la población masculina.²

Este fenómeno demográfico trae como consecuencia una reorganización en la atención a los adultos mayores, sobre todo en lo que respecta a la atención de la salud tanto general como bucal. A nivel odontológico se requieren programas de atención en rehabilitación, periodoncia, patología, endodoncia, exodoncia, etc. para atender problemas de salud como enfermedades infecciosas, lesiones reactivas, manifestaciones orales de enfermedades sistémicas, neoplasias, enfermedades autoinmunes, procesos psicosomáticos, entre otros.^{1,3,4,8}

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Geriatría y gerontología

La geriatría es una rama de la medicina que surge en 1946 en Reino Unido, se trata de una especialidad médica dedicada al estudio de la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades en las personas de la tercera edad.⁴

Los inicios de esta especialidad se atribuyen a la Dra. Marjorie Warren en Reino Unido, quien observó que en las salas de los hospitales existían muchos ancianos con enfermedades no diagnosticadas ni tratadas y demostró que al hacer una correcta valoración de los padecimientos de cada paciente era posible lograr su rehabilitación y tratamiento adecuados permitiéndoles a los pacientes recuperar su salud. Gracias a esto la Dra. Warren fue la fundadora de la especialidad de geriatría en Reino Unido en el año de 1946. Posteriormente en España también se creó dicha especialidad.^{4,5}

En México esta especialidad empieza a tomar relevancia hasta los años ochenta; en el Instituto Politécnico Nacional y en el Hospital General de México, posteriormente en otras instituciones como en la Universidad

Nacional Autónoma de México, entre otras. Y es hasta el año 2008 que se crea el Instituto Nacional de Geriátrica de la Secretaría de Salud. De esta manera el instituto y demás instancias dedicadas a la geriatría antes mencionadas, se encargan de la investigación y formación de recursos humanos especializados en la atención de este grupo de población, además de la difusión de la cultura del envejecimiento en la población mexicana.⁵

Por otra parte la gerontología es la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento no solamente de los seres humanos sino de todos los seres vivos. Estudia los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y económicos de los procesos de envejecimiento.⁴

3.1.1. Odontogeriatría

La odontogeriatría surge en Estados Unidos en los años 60, es la especialidad odontológica que tiene como objetivo primordial la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud bucodental de las personas mayores, considerando los cambios biológicos sistémicos y bucales inherentes al envejecimiento.¹

3.1.2. Gerodontología

La gerodontología surge en Europa a finales de los años 70 y es la especialidad odontológica que busca proveer el óptimo cuidado bucodental para pacientes geriátricos, a través de prevención y tratamiento de las alteraciones bucodentales que se desarrollan durante el proceso de envejecimiento y cómo influyen las enfermedades crónicas degenerativas en la calidad de vida del paciente geriátrico.¹

La diferencia radica en que la gerodontología se enfoca en la prevención de los problemas bucales de los adultos mayores, un gerodontólogo atiende a personas mayores sanas o enfermas, con el fin de lograr el máximo de salud y bienestar bucodental, considerando los aspectos biológicos, psicológicos y

sociales del envejecimiento. Mientras que la odontogeriatría se encarga de la atención de la salud bucodental de las personas de la tercera edad, desde la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; además de abordar los aspectos etiológicos y fisiopatológicos de las alteraciones y complicaciones bucodentales vinculadas con las enfermedades crónicas de mayor prevalencia.^{1,6}

3.1.3. Proceso de envejecimiento

En el envejecimiento existen procesos fisiológicos degenerativos a nivel molecular, celular, tisular y orgánico que contribuyen a la progresiva disminución de la capacidad del organismo para mantener su viabilidad; con la edad existe mayor propensión a padecer enfermedades crónicas.¹

El envejecimiento es un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas de carácter irreversible. Chávez Reátegui¹ lo define como: “todas las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte”.¹ El envejecimiento a nivel mundial es un hecho real y trascendental que repercute en decisiones políticas y en la demanda social. En el 2009 la OMS en su reporte anual de salud oral reconoció la necesidad de implementar programas que detecten necesidades de tratamiento y manejo de la salud oral en pacientes ancianos.^{1,3}

Existen más de 300 teorías que tratan de explicar el proceso de envejecimiento. Sin embargo aún es muy difícil unificar dichos criterios, ya que este proceso es individual e irreversible, por lo que es complicado su estudio y descripción.¹

Una de las clasificaciones más aceptadas en el ámbito gerontológico es la de Hernández y cols.¹ que subdivide al adulto mayor en: viejos- jóvenes de 60 a

74 años de edad, viejos-viejos de 75 a 89 años y viejos-longevos de 90 a más años

De acuerdo a diferentes pensamientos como el de Chávez Reátegui y col.¹ o como el de Pavez y Quintana⁶ el envejecimiento se puede clasificar en:

1. CRONOLÓGICO:

Se basa en la edad; es decir en el tiempo que transcurre desde el nacimiento siendo la forma más simple para clasificar la vejez. La edad cronológica y el proceso de envejecimiento son fenómenos paralelos pero no relacionados causalmente.⁶

2. BIOLÓGICO

Corresponde a las etapas del proceso de envejecimiento biológico, es decir, de órganos y funciones pues se produce en diferentes niveles: molecular, celular, tisular, orgánico y sistémico.⁶

3. PSÍQUICO

Este aspecto se manifiesta en la manera de pensar incidiendo en la personalidad y el afecto. Estos cambios son el resultado de acontecimientos sociales como un duelo, la jubilación, la menopausia, etc.⁶

4. SOCIAL

Comprende los papeles que se “deben” desempeñar en la sociedad. Pero sin seguir necesariamente a la edad cronológica. El ciclo dependencia-independencia que afecta a muchos individuos de edad avanzada es un ejemplo: por una parte la dependencia puede producir en el paciente algún estado depresivo y por el contrario ser catalogado como una persona de la tercera edad pero aun poder ser

independiente es un factor que a la persona le ayuda en su autoestima y en su forma de percibir su vejez.⁶

5. FENOMENOLÓGICO

Se refiere a la percepción subjetiva de la edad, aquella que la propia persona manifiesta personalmente.⁶

6. FUNCIONAL

Es la resultante de la interacción de los elementos biológicos, psicológicos y sociales; constituyendo el reflejo más fiel de la integridad del individuo a lo largo del proceso de envejecimiento.⁶

3.1.4. Alteraciones de la cavidad oral en el paciente geriátrico

Soria González y Perera Lezama³ describen que: “la salud bucal es parte fundamental de la salud integral, por lo tanto es un componente esencial de la calidad de vida”.³

Existen modificaciones en las estructuras de la cavidad bucal como se describe a continuación:

1.- La encía de los adultos mayores es de color rosa pálido a diferencia de las personas más jóvenes, debido a la disminución de la irrigación sanguínea; además ésta se vuelve delgada y frágil debido a un tejido conectivo deficiente, por lo que tiende a lesionarse con mayor facilidad, perdiéndose el puntilleo característico.¹

2.- Se ha documentado que en la mayoría de los casos existe disminución del flujo salival (hiposalivación) provocado por: deshidratación, consumo de medicamentos como anticolinérgicos, analgésicos, anticonvulsivantes,

antihipertensivos, antihistamínicos, entre otros, falta de vitamina A y/o consumo de drogas.³ Dicha hiposalivación puede seguir progresando hasta producir xerostomía (síntoma que el paciente refiere como una sensación de sequedad bucal, pero que en la mayoría de los casos es subjetiva) y posteriormente podría progresar a la ausencia total de la secreción salival (asialia). Por los factores anteriormente mencionados el pH salival se ve afectado y favorece el metabolismo bacteriano de la biopelícula impidiendo el efecto mecánico de arrastre y disminuye la cantidad de inmunoglobulinas salivales lo que favorece el desarrollo de caries radicales (Fig. 1).^{1,3, 6,8}



Fig. 1. Desarrollo de caries radicular en personas de la tercera edad.
Fuente: Clínica de Medicina Bucal DEPeI.

3.- En la lengua hay disminución del número de papilas gustativas, lo que ocasiona que disminuya la percepción de los sabores. Además también se observa la presencia de varices sublinguales, que parecen estar condicionadas por la edad, aunque también es normal observarlas en personas jóvenes ya que la membrana mucosa que las cubre es muy delgada y translúcida.¹

4.- Puede observarse queilitis angular (Fig. 2), la cual es provocada por una disminución de la dimensión vertical debido a la pérdida de los dientes, lo que provoca la pérdida del tono muscular.¹



Fig. 2 Presencia de queilitis angular y presencia de Candidiasis Eritematosa en lengua.
Fuente Clínica de Medicina bucal DEPel.

3.2. Síndrome de Sjögren

3.2.1. Definición

El síndrome de Sjögren es una enfermedad sistémica autoinmune crónica caracterizada por la infiltración linfocítica de las glándulas salivales y lagrimales principalmente, además de una notable hiperactividad de células B, provocando xerostomía y sequedad ocular (queratoconjuntivitis seca), entre otras. Fue descrita en 1933 por Henrik Sjögren, oftalmólogo sueco, quién registró la asociación de ojos secos con boca seca y artritis reumatoide y concluyó que se trataba de un conjunto de síntomas de una enfermedad específica.¹¹⁻¹⁵



Fig. 3. Paciente con Síndrome de Sjögren Secundario asociado a Artritis Reumatoide Severa.
Fuente. Clínica de Medicina Bucal DEPel.

La enfermedad puede presentarse aisladamente (Síndrome de Sjögren primario) o vinculada a otras enfermedades reumáticas autoinmunes (Síndrome de Sjögren secundario).^{12,15}

Las enfermedades con las que principalmente se vincula el síndrome de Sjögren secundario son: artritis reumatoide, (Fig. 3), lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, hepatitis crónica activa, amiloidosis, entre otros.^{9,12,13,15}

3.2.2. Epidemiología

La prevalencia del Síndrome de Sjögren primario es aproximadamente de 0.5 a 1.0% de la población. El 30% de los pacientes con enfermedad reumática de origen inmunitario presentan síndrome de Sjögren secundario.¹²

Se considera una de las enfermedades autoinmunes más frecuentes y su prevalencia puede ser similar a la artritis reumatoide.¹³ Clio y Haralampos¹⁴

describen en su estudio del 2014 que la prevalencia varía de 0,1% a 4,8%.¹⁴ Rivera y cols.⁹ reportaron que el Síndrome de Sjögren afecta principalmente al sexo femenino en una razón hombre-mujer de 1:9 y suele manifestarse entre la cuarta y la quinta década de la vida. Sin embargo, puede observarse en todas las edades incluida la infancia.^{9,12} Ellos mismos en un estudio realizado en población griega reportaron que de 261 pacientes diagnosticados con Síndrome de Sjögren, el 96% fueron del sexo femenino y la edad promedio de diagnóstico fue de 51 años, en un rango de 14 a 82 años.⁹

3.2.3. Etiopatogenia

La etiopatogenia del síndrome de Sjögren se desconoce, pero se sabe que es multifactorial ya que probablemente están implicados factores genéticos, ambientales, infecciosos, hormonales e inmunitarios. Siendo el factor autoinmune considerado el principal causante de la enfermedad. Este síndrome se caracteriza por una infiltración de linfocitos T CD4+ en las glándulas exocrinas e hiperactividad de los linfocitos B, produciendo numerosos anticuerpos.^{12,14,16}

Las células epiteliales glandulares producen en forma inapropiada citocinas proinflamatorias y quimiocinas linfoatrayentes necesarias para mantener la lesión autoinmune o evolucionar a la formación de centros germinativos ectópicos.^{12,14,15} Estas células desempeñan una función activa en la producción del factor activador de linfocitos B (BAFF).^{14,15}

La artritis reumatoide es una parte integral del Síndrome de Sjögren Secundario, la presencia del factor reumatoideo apoya la teoría del factor inmunológico, se ha detectado en un 70% a 95% de los pacientes que presentan este síndrome.¹²

Martínez y Yusimí¹⁷ describieron que el factor hormonal está dado por las hormonas sexuales femeninas y es por ello que se presenta con mayor frecuencia en las mujeres. Ellos lo asocian al concepto de que los estrógenos son inmunoestimulantes y los andrógenos inmunosupresores. Mencionan que los estrógenos incrementan la respuesta humoral y la producción de anticuerpos. En algunas enfermedades autoinmunes han sido detectados altos niveles de estrógenos, por lo que podrían alterar el desarrollo de enfermedades autoinmunes e inflamatorias.¹⁷ También se menciona que los pacientes con Síndrome de Sjögren tienen cierta predisposición genética, desempeñando una función importante en el desarrollo de la enfermedad.¹² Se ha sugerido que puede ser causado por una respuesta anormal a antígenos alterados viralmente por citomegalovirus, paramyxovirus, virus Epstein-Barr y virus de la hepatitis C.^{9,11,14}

Se ha propuesto que el virus de Epstein- Barr y el citomegalovirus tienen tropismo por las glándulas salivales normales, de tal manera que cualquiera de los dos puede ser la fuente de estimulación antigénica del síndrome.^{12,16}

Se han descrito a los virus como posibles agentes etiológicos del síndrome. Algunos autores como Kumar et al.¹² mencionan la relación del virus de Epstein- Barr con la causa del síndrome.¹² En este caso Rivera y cols.⁹ hacen referencia al virus de Epstein Barr como uno de los principales factores en su etiopatogenia por su gran habilidad de poder infectar la nasofaringe, orofaringe y sobre todo las glándulas salivales y lagrimales, manteniéndose latente en un número pequeño de células epiteliales de las glándulas y reactivándose luego de la infección primaria. Además posee la capacidad de inducir la respuesta inmune a través de las células T y de incrementar la cantidad del ADN viral en las glándulas salivales y lagrimales.^{12,15}

3.2.4. Manifestaciones sistémicas

La mayoría de los pacientes presentan síntomas debido a la disminución de la función de las glándulas lagrimales y salivales y la presencia de artritis reumatoide. Pueden transcurrir muchos años desde los primeros síntomas hasta que la enfermedad se desarrolla por completo y pueda ser diagnosticada.^{11,14}

3.2.5. Manifestaciones bucales

El principal síntoma es la xerostomía, el paciente refiere dificultad para deglutir la comida, incapacidad para hablar por la falta de saliva, sensación de quemazón, ardor y molestias al utilizar prótesis, sobre todo si se trata de prótesis totales; en algunos casos puede existir la presencia de



Fig. 4. Lengua lisa y fisurada en paciente con Síndrome de Sjögren.
Fuente: Clínica de Medicina Bucal DEPel.

úlceras debido a la resequedad, además de alteración en el sentido del gusto.

La exploración clínica muestra una mucosa bucal seca, lisa, eritematosa y pegajosa con fisuras en la lengua y atrofia de las papilas filiformes del dorso de la lengua (Fig. 4), además la saliva se observa turbia y/o de consistencia pegajosa.^{9-12,14}

En la mayoría de los casos las glándulas parótidas u otras glándulas salivales principales se encuentran agrandadas; pero este signo es más evidente en el caso de Síndrome de Sjögren primario.¹⁴

Es muy frecuente el desarrollo de candidiasis debido a la atrofia de la mucosa y a la hiposalivación, provocando atrofia papilar y en algunas ocasiones queilitis angular (Fig. 2).^{9,12}

3.2.6. Pruebas de diagnóstico

Aunque el diagnóstico es clínico se utilizan pruebas como sialometría, sialografía y gammagrafía. Una biopsia de las glándulas salivales menores obtenida de los labios (Fig.5) permite confirmar histopatológicamente la presencia de infiltrados linfocíticos focales.^{10,12} En las glándulas salivales de mayor tamaño se pueden observar folículos linfoides con centros germinales, las células epiteliales de los conductos pueden obstruir las luces de los mismos. En etapas más avanzadas se produce atrofia de los acinos con fibrosis e hialinización y en etapas aún más avanzadas, atrofia y sustitución del parénquima por tejido adiposo.¹¹



Fig. 5. Biopsia de las glándulas salivales menores obtenida de los labios. Fuente: Clínica de Medicina Bucal DEPeI.

3.2.7. Manifestaciones oculares

Es la segunda manifestación más importante del síndrome. Los pacientes suelen quejarse de resequedad en los ojos, que perciben como una sensación de arenilla bajo los párpados. También hay sensación de quemazón, acumulación de secreción espesa en forma de hebras en el ángulo interno de los ojos, menor producción de lágrimas, enrojecimiento, ardor y fatiga ocular, así como aumento de la fotosensibilidad. Estos síntomas son atribuibles a la destrucción del epitelio conjuntival que cubre la córnea y el globo ocular; ambos síntomas reciben el nombre de queratoconjuntivitis seca (Fig.6).^{9,10,12-14}



Fig. 6. Manifestaciones oculares en paciente con Síndrome de Sjögren.
Fuente Clínica de Medicina Bucal DEPel.

3.2.8. Pruebas de diagnóstico

La evaluación diagnóstica de la queratoconjuntivitis seca consiste en medir el flujo lagrimal con la prueba de Schirmer y en precisar la composición de las lágrimas determinando el tiempo de disolución de la lágrima o su contenido de lisozima. También se puede realizar una tinción con rosa de bengala y se realiza un examen con una lámpara de hendidura de la córnea y la

conjuntiva, para observar la existencia de úlceras corneales puntiformes y de filamentos unidos al epitelio corneal.^{12,14,15}

3.2.9. Manifestaciones en otras glándulas

Con menor frecuencia se observa daño de otras glándulas exocrinas, como es la disminución en la secreción de las glándulas mucosas del árbol respiratorio, lo que origina sequedad de la nariz, garganta y tráquea, disminución de la secreción de las glándulas del tubo digestivo, lo que produce atrofia de la mucosa esofágica, gastritis atrófica y pancreatitis. También puede haber xerosis y dispareunia por sequedad de mucosas vaginales y genitales.¹²

3.2.10. Manifestaciones extraglandulares

Estas manifestaciones se presentan en 33% de los pacientes con Síndrome de Sjögren. Estos pacientes refieren principalmente fatigarse con facilidad, aumento de volumen de glándulas parótidas, febrícula, fenómeno de Raynaud, mialgias y artralgias, miositis y afección renal.^{10,12,14}

3.2.11. Diagnóstico específico y diferencial

El diagnóstico del síndrome primario se establece cuando el paciente manifiesta xeroftalmía y sequedad bucal, queratoconjuntivitis seca y existe una reacción del suero con los autoantígenos Ro/SS-A y La/SS- B.¹⁴⁻¹⁵ Estos son los más específicos, se detectan entre el 30% y el 70% de los pacientes con Síndrome de Sjögren primario, aunque pueden observarse en otras enfermedades como Lupus Eritematoso Sistémico, Artritis reumatoide o Esclerosis Sistémica. La positividad de los autoanticuerpos anti Ro/SS-A y

anti-La/ SS-B se asocia a una mayor frecuencia de daño extraglandular y un mayor infiltrado linfocitario en la glándula salival.¹⁶ Alrededor del 75% de los pacientes tienen factor reumatoideo, exista o no artritis reumatoide asociada.^{12,16}

Cuando el diagnóstico es incierto se realiza una biopsia labial de las glándulas salivales menores, la cual puede mostrar infiltración linfocitaria focal constituida por células linfoplasmocitarias. En estadios más avanzados puede presentarse hiperplasia de las células del epitelio ductal y atrofia acinar.¹⁶

3.2.12. Tratamiento

El tratamiento indicado para la xeroftalmia son lágrimas artificiales sin conservadores, soluciones de electrolitos amortiguadas con bicarbonato además de la administración de pilocarpina (5mg cada 8 hrs) o cevimelina (30 mg cada 8 hrs) por vía oral para estimular las secreciones.¹²

En el caso de la xerostomía la primera instrucción es realizar la higiene bucal adecuada después de cada comida, utilizar goma de mascar sin azúcar, además de la administración de pilocarpina o cevimelina como en el caso de la xeroftalmia; ambas mejoran la sequedad y generalmente son bien toleradas por el paciente.¹²

Cuando el paciente presenta hipertrofia de las glándulas parótidas se recomienda aplicar calor húmedo localmente.^{12,14}

3.3. Síndrome de Boca Ardorosa

El síndrome de boca ardorosa fue descrito por primera vez en el siglo XIX y fue hasta el siglo XX que Butlin y Oppenheim¹⁷ le asignaron el término de glosodinia. Es una alteración de origen multifactorial, en la cual se presenta dolor crónico de la mucosa oral, pero que a la exploración no presenta hallazgos clínicos aparentes que expliquen la presencia de esta sintomatología.^{19,22}

También se le conoce como estomatodinia, disestesia oral, glosopirosis, estomatopirosis, etc. La sensación de ardor puede localizarse en cualquier área de la cavidad oral, aunque es más frecuente en la punta de la lengua. Está asociada con la xerostomía, disgeusia, y enfermedades como diabetes mellitus, ansiedad, estrés y depresión.^{19, 20}

3.3.1. Epidemiología

Este síndrome es más frecuente en mujeres, especialmente en aquellas que se encuentran en el periodo menopáusico o postmenopáusico, pero la falta de signos clínicos aumenta su complejidad y hace difícil su diagnóstico.¹⁹⁻²¹

La edad promedio de presentación es entre los 50 y los 60 años de edad.²²

En el estudio de Kumala y cols.²² estimaron una prevalencia de 2.6 a 5.1%. Debido a la falta de estudios epidemiológicos sobre el Síndrome de Boca Ardorosa, las tasas de prevalencia tienden a variar entre los estudios. La edad media es entre 55 y 60 años. La razón de mujeres y hombres varía de 3: 1 a 16: 1. Además, hasta el 90% de los pacientes fueron mujeres postmenopáusicas.²²

3.3.2. Etiopatogenia

La causa exacta del síndrome es desconocida. Considerándose de etiología multifactorial implicando la interacción entre los mecanismos neurofisiológicos y los factores psicológicos.²²

La presencia de alteraciones en el sentido del gusto y anomalías sensoriales indican que existe algún factor neuropático.²²

3.3.3. Clasificación

Lamey and Lewis²⁰ clasificaron el síndrome de boca ardorosa en tres tipos, dependiendo de la intensidad del dolor.²²

Tipo 1: Se caracteriza por pacientes que presentan ardor todo el día .Al despertar el ardor está ausente, pero conforme avanza el día, éste se incrementa siendo máximo en la noche. Este tipo puede estar relacionado con trastornos sistémicos, tales como las deficiencias nutricionales y trastornos endocrinos. Se presenta en un 35% de los pacientes.²²

Tipo 2: Es descrita en pacientes que presentan ardor todos los días, durante todo el día, incluso en la noche dificultando la conciliación del sueño. Estos pacientes refieren cambios de humor, alteraciones en los hábitos alimentarios y la disminución del deseo de socializar, que se atribuye a un patrón de sueño alterado y desesperación. Se presenta en un 55% de los pacientes.²²

Tipo 3: Corresponde a pacientes que presentan ardor espontáneo y sólo algunos días. Se relaciona posiblemente con reacciones alérgicas a algunos alimentos. Se presenta en un 10% de los pacientes.²²

3.3.4. Sintomatología

Además de ardor los pacientes refieren tener síntomas como disminución del sentido del gusto y/o sensación punzante. Dichos síntomas son de inicio

espontáneo, sin factor identificable, aunque algunos pacientes si asocian la agudización de su dolor o ardor cuando están más estresados, cuando amanece y se van incrementando los síntomas al final del día, pero varía en cada persona de acuerdo a lo que ellos mismos refieren en la historia clínica; pudiendo desarrollar algunas veces cambios de humor, irritabilidad, ansiedad y depresión.¹⁹⁻²¹

Sin importar la naturaleza de la molestia, una vez que ésta se percibe puede persistir muchos años, convirtiéndose en un verdadero problema en el que los profesionales de la salud no encuentran un tratamiento adecuado para poder sobrellevar el padecimiento del paciente.²⁰

Algunos estudios como el de Perdomo y cols.²⁰ o como el de Kohorst y cols.²¹ describieron que en muchos casos el ardor bucal está acompañado por otros síntomas como xerostomía, disgeusia, sabor metálico o amargo, etc. Muchos pacientes toman fármacos potencialmente xerostomizantes, como pueden ser: antihipertensivos, ansiolíticos y antidepresivos principalmente, lo que favorece el incremento desfavorable de la sintomatología.^{20, 21}

3.3.5. Diagnóstico

El diagnóstico del Síndrome de Boca Ardorosa puede ser complejo por tres razones principales.²²

1. Se define solamente por los síntomas ya que no presenta manifestaciones clínicas.
2. La tríada sintomática (dolor, ardor, xerostomía) rara vez ocurre simultáneamente en un mismo paciente
3. La presencia de algún tipo de candidiasis o estomatitis puede confundir el diagnóstico.

3.3.6. Tratamiento

Perdomo²⁰ reporta que en muchos casos se utiliza la capsaicina tópica como posible tratamiento para reducir el ardor que los pacientes refieren tener, pero no siempre es aceptada por los mismos debido a que posee un sabor muy desagradable. Además de que es importante apoyar el tratamiento realizando una interconsulta con un psicólogo o psiquiatra según el profesional de la salud recomiende de acuerdo a cada caso.²⁰⁻²² Y realizar citas subsecuentes en 1, 3 y 6 meses para conocer la evolución del padecimiento y verificar si el tratamiento funciona, y en qué proporción.²⁰

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México son pocas las instituciones dedicadas a prestar atención bucal a pacientes geriátricos y a realizar estudios epidemiológicos, esto trae como consecuencia que existan escasos conocimientos de algunas enfermedades bucales que afectan a estos pacientes, por lo que los cirujanos dentistas algunas veces no pueden emitir un diagnóstico y tratamiento adecuados.

En la clínica de Medicina bucal de la DEPeI existe un archivo de pacientes y casos que han sido atendidos desde que se creó dicha clínica; entre ellos casos con diagnóstico de Síndrome de Sjögren y de Boca Ardorosa; por lo que se plantea la posibilidad de analizar la frecuencia y perfil de los pacientes diagnosticados con Síndrome de Sjögren y Síndrome de Boca Ardorosa formulando la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Sjögren y del Síndrome de Boca Ardorosa en pacientes de la tercera edad, que fueron atendidos en la clínica de Medicina Bucal de la DEPeI de la FO, UNAM, en un periodo de 10 años?

5. JUSTIFICACIÓN

Este estudio permitirá contar con datos como predilección por género, edad y localizaciones más frecuentes de ambos síndromes en pacientes de la tercera edad que fueron atendidos en la Clínica de Medicina Bucal de la DEPeI, FO, UNAM, del año 2006 al 2015, comparados con los pacientes no geriátricos con los mismos síndromes.

6. OBJETIVOS

6.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia del Síndrome de Sjögren y Síndrome de Boca Ardorosa en pacientes geriátricos atendidos en la clínica de Medicina Bucal de la DEPeI, FO. UNAM, en un periodo de 10 años.

6.2. Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia del Síndrome de Sjögren en pacientes mayores de 60 años.
- Determinar la prevalencia del Síndrome de Boca Ardorosa en pacientes mayores de 60 años.
- Determinar la prevalencia por edad y género de ambos pacientes.
- Determinar la frecuencia de localización de las lesiones causadas por ambos síndromes.

7. MATERIAL Y MÉTODO

Se revisaron los expedientes de la Clínica de Medicina Bucal de la DEPeI, FO, UNAM, del año 2006 al 2015. Se seleccionaron todos los expedientes que contaran con historia clínica completa, además de diagnóstico, localización, género y estructuras anatómicas afectadas. Se realizó una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 23 para agrupar las variables y obtener los datos especificados en los objetivos antes mencionados.

7.1. Tipo de estudio

Estudio retrospectivo descriptivo y analítico.

7.2. Población de estudio

Pacientes que fueron atendidos en la clínica de Medicina Bucal de la DEPeI, FO, UNAM a los cuales se les realizó historia clínica completa, en el periodo comprendido del año 2006 al 2015.

7.3. Criterios de inclusión

- Expedientes clínicos de pacientes diagnosticados con Síndrome de Sjögren y Síndrome de Boca Ardorosa emitidos por la Clínica de Medicina Bucal de la DEPeI, FO, UNAM.
- Expedientes que contaban con historia clínica completa

7.4. Criterios de exclusión

- Expedientes incompletos y/o con letra ilegible

7.5. Variables de estudio

7.5.1. Variables independientes

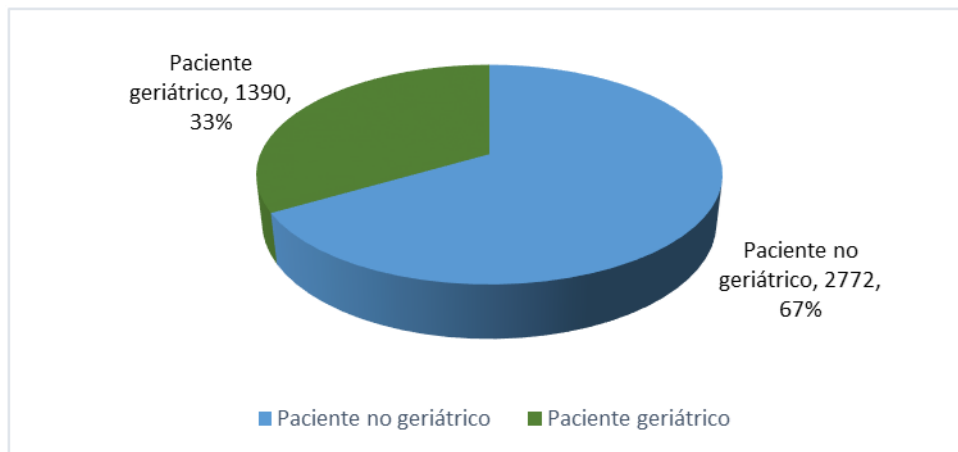
| VARIABLE | CONCEPTUALIZACIÓN | OPERACIONALIZACIÓN | ESCALA DE MEDICIÓN |
|--------------|---|---|--------------------|
| Edad | Tiempo que ha vivido un individuo ²³ | Se determinó como número de años. | Razón |
| Género | Clase o tipo a que pertenecen personas o cosa ²³ | Se determinó como masculino y femenino. | Nominal |
| Localización | Lugar donde se encuentra la lesión ¹⁸ | Se determinó como labios, mucosa yugal y labial, piso de boca, mucosa oral generalizada, encía, lengua, paladar y sin lesiones en la mucosa oral. | Nominal |

7.5.2. Variables dependientes

| VARIABLE | CONCEPTUALIZACIÓN | OPERACIONALIZACIÓN |
|---------------------------|---|---|
| Síndrome de Sjögren | Enfermedad sistémica autoinmune crónica caracterizada por la infiltración linfocítica de las glándulas salivales y lagrimales principalmente. ¹¹⁻¹⁵ | Se determinó como Síndrome de Sjögren |
| Síndrome de Boca Ardorosa | Es una alteración de origen multifactorial, en la cual se presenta un dolor crónico de la mucosa oral, pero que a la exploración no presenta hallazgos clínicos aparentes que expliquen la presencia de esta sintomatología. ^{19,22} | Se determinó como Síndrome de Boca Ardorosa |

8. RESULTADOS

De los expedientes clínicos que se revisaron en la Clínica de Medicina Bucal de la DEPEI, se descartaron aquellos que carecían de datos como edad, género, diagnóstico y/o localización principalmente. Quedando un total de 4162 expedientes, de los cuales, 2772 correspondieron a expedientes de pacientes no geriátricos, representando el 67% de nuestra población de estudio; respecto a la población geriátrica se obtuvieron un total de 1390 expedientes, correspondientes al 33% de la población de estudio, como se muestra en la gráfica 6.



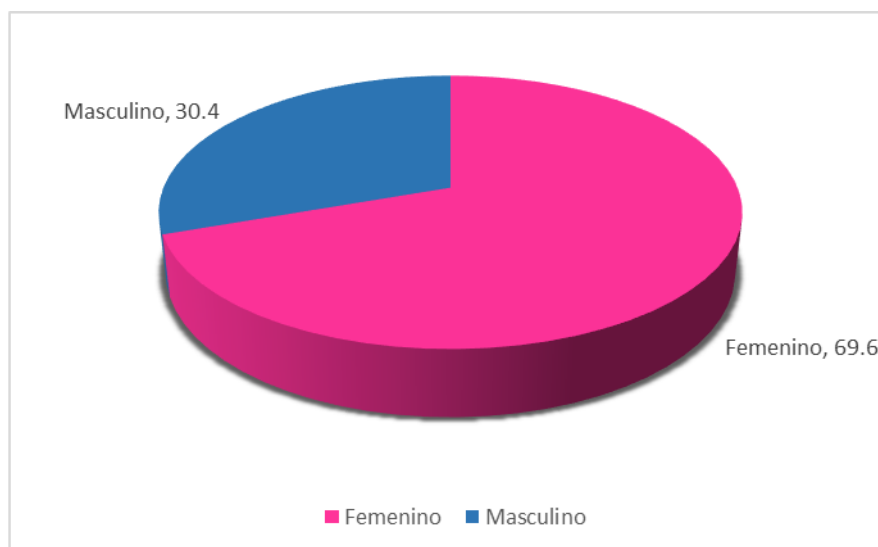
Gráfica 6.- Distribución de los pacientes por grupo de edad.
Fuente: directa

En cuanto al género se observó que en la población masculina el 68.8% correspondieron a pacientes no geriátricos y el 31.2% a pacientes geriátricos. (tabla 1, gráfica 7). En la población femenina el 65.5% correspondió a pacientes no geriátricos y el 34.5% a pacientes geriátricos. (tabla 1).

| Género | Grupo de pacientes | Frecuencia | Total |
|-----------|------------------------|-----------------|----------------|
| Femenino | Paciente no geriátrico | 1840 (65.5%) | 2808 (100%) |
| | Paciente geriátrico | 968 (34.5%) | |
| Masculino | Paciente no geriátrico | 932 (68.8%) | 1354 (100%) |
| | Paciente geriátrico | 422 (31.2%) | |

Tabla 1.- Distribución total de los pacientes por género.
Fuente directa

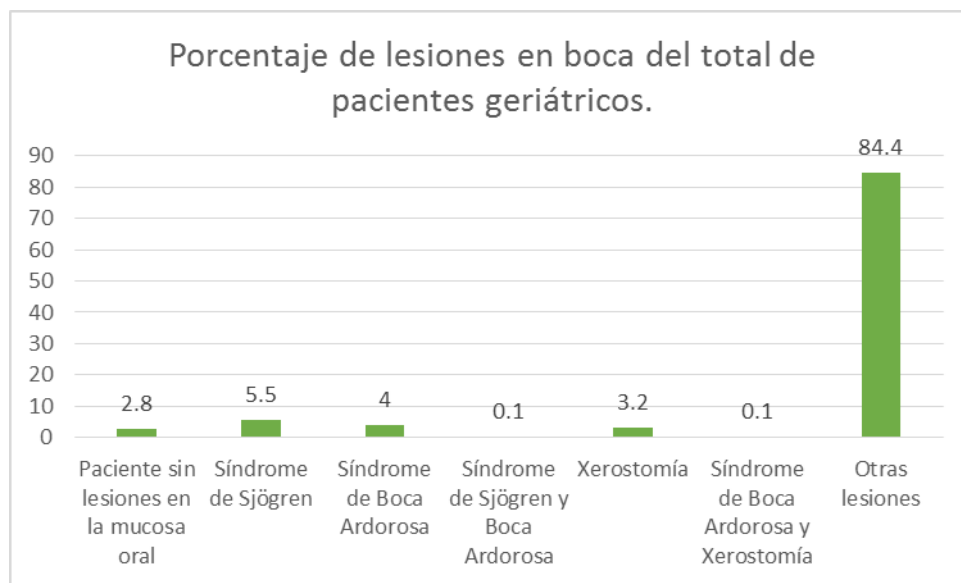
Enfocándonos a la población geriátrica obtuvimos que 30.4% corresponde al género masculino y 69.6% al femenino. (Gráfica 7).



Gráfica 7.- Distribución porcentual de los pacientes geriátricos por género.
Fuente directa

Respecto al diagnóstico de los pacientes geriátricos el resultado fue: pacientes sin lesiones en la mucosa oral 39 (2.8%), síndrome de Sjögren 77

(5.5%), síndrome de boca ardorosa 55 (4%), pacientes con ambos síndromes 1 (0.1%), xerostomía 44 (3.2%), síndrome de boca ardorosa y xerostomía 1 (0.1%), otras lesiones 1173 (84.4%). (Gráfica 8).



Gráfica 8.
Fuente directa

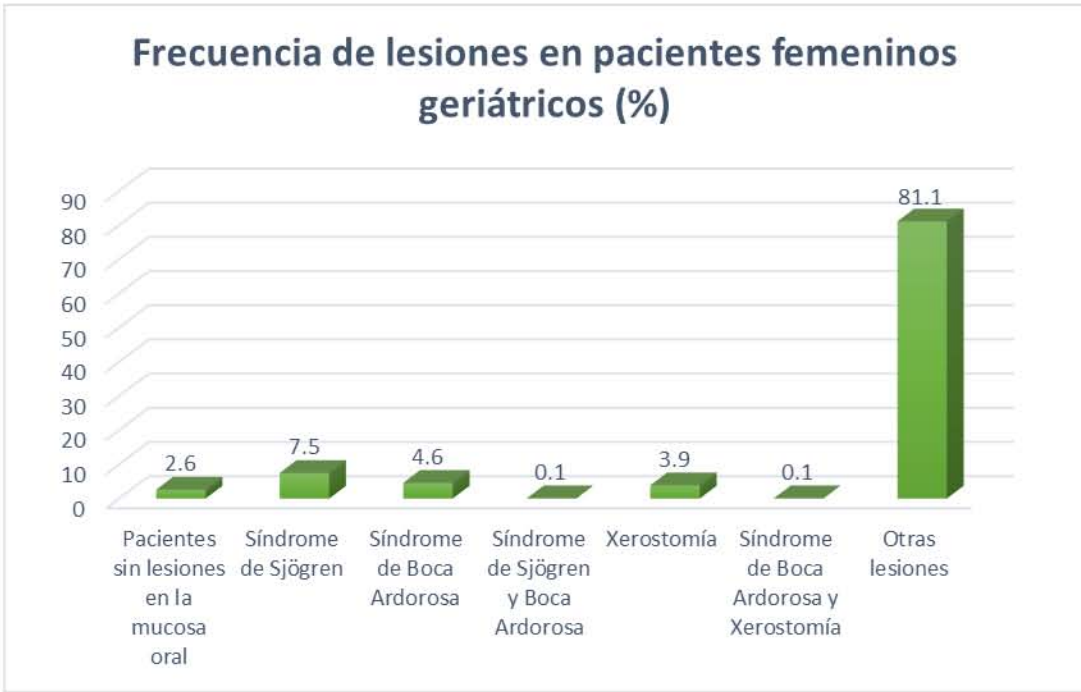
Los resultados obtenidos en pacientes no geriátricos fue: pacientes sin lesiones en la mucosa oral 163 (5.9%), síndrome de Sjögren 80 (2.9%), síndrome de boca ardorosa 64 (2.4%), pacientes con ambos síndromes 0 (0%), xerostomía 38 (1.4%), síndrome de boca ardorosa y xerostomía 2 (0.1%), otras lesiones 2425 (87.5%). (Tabla 2).

| | Pacientes geriátricos | Pacientes no geriátricos |
|---|-----------------------|--------------------------|
| | Frecuencia | Frecuencia |
| Paciente sin lesiones en la mucosa oral | 39 (2.8) | 163 (5.9%) |
| Síndrome de Sjögren | 77 (5.5%) | 80 (2.9%) |
| Síndrome de boca ardorosa | 55 (4%) | 64 (2.3%) |
| Síndrome de sjögren y boca ardorosa | 1 (0.1%) | 0 |
| Xerostomía | 44 (3.2%) | 38 (1.4%) |
| Síndrome de boca ardorosa y xerostomía | 1 (0.1%) | 2 (0.1%) |
| Otras lesiones | 1173 (84.4%) | 2425 (87.5%) |
| Total | 1390 (100%) | 2772 (100%) |

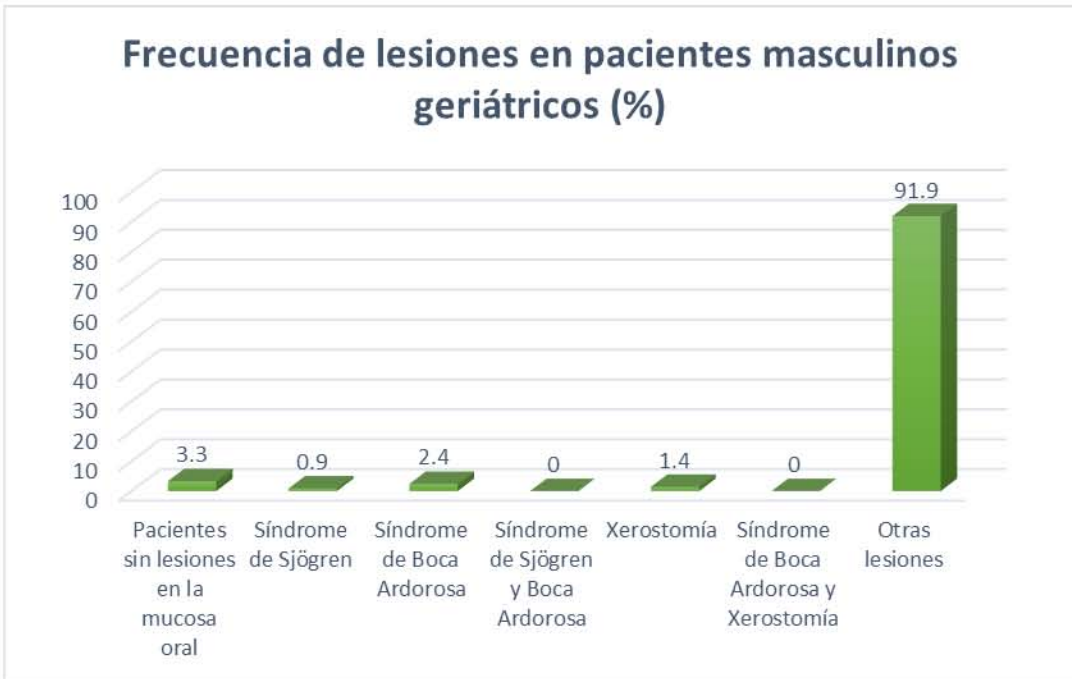
Tabla 2.- Porcentaje de lesiones en boca en los diferentes grupos de edad
Fuente directa

En las gráficas 9 y 10 se muestran los resultados de las lesiones registradas para ambos géneros en el grupo de pacientes geriátricos.

En el caso de los pacientes femeninos observamos que las lesiones que se presentaron con mayor frecuencia fueron: Síndrome de Sjögren, Síndrome de Boca Ardorosa y Xerostomía. En comparación con los pacientes masculinos el Síndrome de Boca Ardorosa fue el de mayor frecuencia, seguido por Xerostomía. (Gráfica 9 y 10).



Gráfica 9.-
Fuente directa



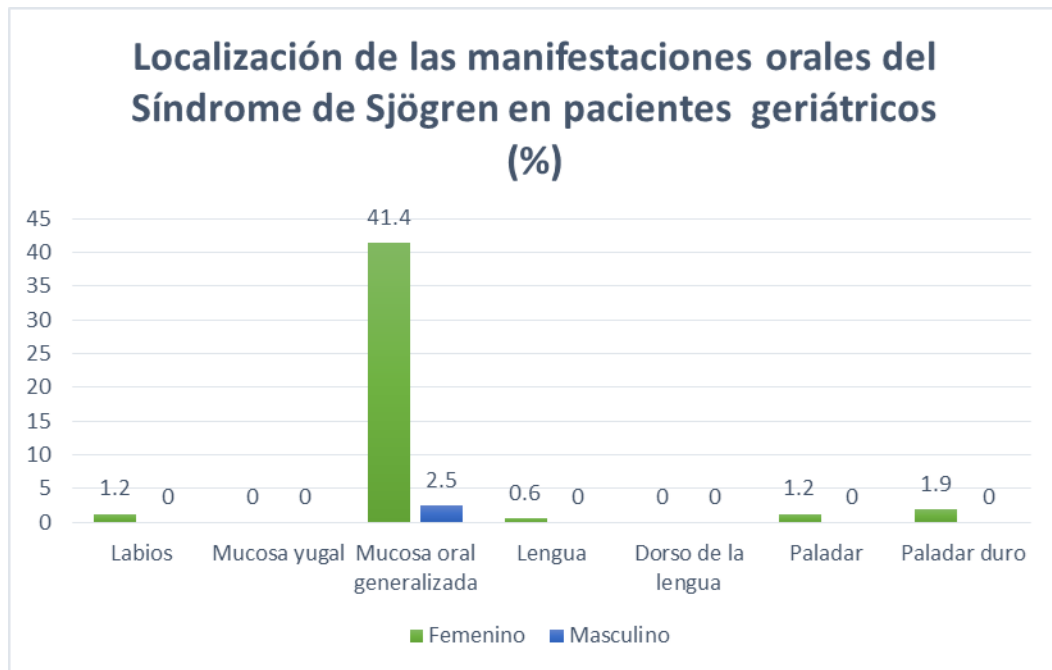
Gráfica 10.
Fuente directa

Respecto a la localización de las lesiones intraorales en los pacientes diagnosticados con Síndrome de Sjögren encontramos que la estructura más afectada tanto en los pacientes geriátricos como en los no geriátricos es la mucosa oral generalizada con un 43.9% en ambos casos, seguida por el paladar duro correspondiendo al 1.9% en los pacientes geriátricos y 2.5% en los no geriátricos. (Tabla 3).

| Localización | Pacientes geriátricos | Pacientes no geriátricos |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Labios | 2 (1.2%) | 2 (1.2%) |
| Mucosa yugal | 0 | 2 (1.2%) |
| Mucosa oral generalizada | 69 (43.9%) | 69 (43.9%) |
| Lengua | 1 (0.6%) | 0 |
| Dorso de la lengua | 0 | 1 (0.6%) |
| Paladar | 2 (1.2%) | 2 (1.2%) |
| Paladar duro | 3 (1.9%) | 4 (2.5%) |
| Total | 77 (48.9%) | 80 (50.9%) |

Tabla 3.- Frecuencia de localización de las lesiones orales en pacientes con Síndrome de Sjögren en ambos grupos de estudio.
Fuente directa

En la gráfica 11 se observa que del 48.9% de personas geriátricas que presentan Síndrome de Sjögren, el 41.4% correspondiente a pacientes femeninos presentó lesiones generalizadas en la mucosa oral, mientras que el porcentaje de pacientes masculinos para la misma zona representó el 2.5%, siendo la zona de mayor relevancia en este síndrome. (Gráfica 11)



Gráfica 11.
Fuente directa

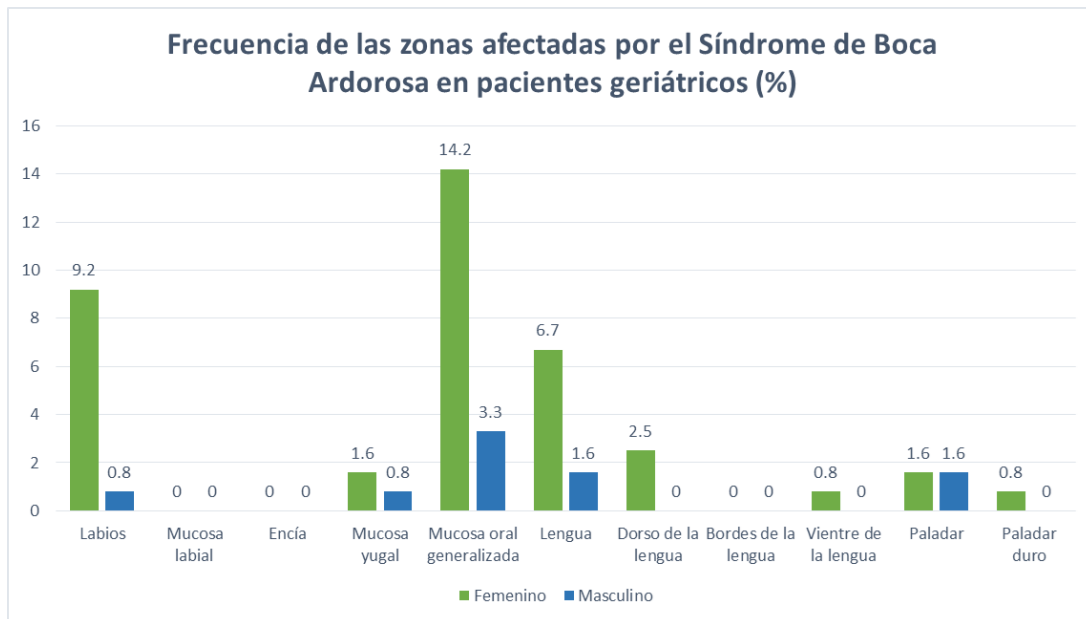
En la tabla 4 se analizaron las zonas sugestivamente afectadas en los pacientes con Síndrome de Boca Ardorosa, se observó que la mucosa oral de forma generalizada fue la más afectada tanto en los pacientes geriátricos como en los no geriátricos, representando 17.5% y 19.3% respectivamente; la segunda estructura más afectada en los pacientes geriátricos fueron los labios con 10% seguido de la lengua con 8.3%. En los pacientes no geriátricos la lengua resultó afectada en un porcentaje mayor respecto al

grupo de estudio anterior, pues representó 14.2%, seguido de los labios que representaron 9.2% principalmente.

| Localización | Pacientes geriátricos | Pacientes no geriátricos |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Labios | 12 (10%) | 11 (9.2%) |
| Mucosa labial | 0 | 1 (0.8%) |
| Encía | 0 | 2 (1.6%) |
| Mucosa yugal | 3 (2.4%) | 5 (4.2%) |
| Mucosa oral generalizada | 21 (17.5%) | 23 (19.3%) |
| Lengua | 10 (8.3%) | 17 (14.2%) |
| Dorso de la lengua | 3 (2.5%) | 2 (1.6%) |
| Bordes de la lengua | 0 | 1 (0.8%) |
| Ventre de la lengua | 1 (0.8%) | 0 |
| Paladar | 4 (3.2%) | 1 (0.8%) |
| Paladar duro | 1 (0.8%) | 1 (0.8%) |
| Total | 55 (45.5%) | 64 (53.3%) |

Tabla 4.- Frecuencia de localización de las lesiones orales en pacientes con Síndrome de Boca Ardorosa en ambos grupos de estudio.
Fuente directa

En la gráfica 12 se observó que la zona más afectada en los pacientes femeninos geriátricos fue la mucosa oral con un 14.2%, siendo la zona más afectada también en los pacientes masculinos con un 3.3%.



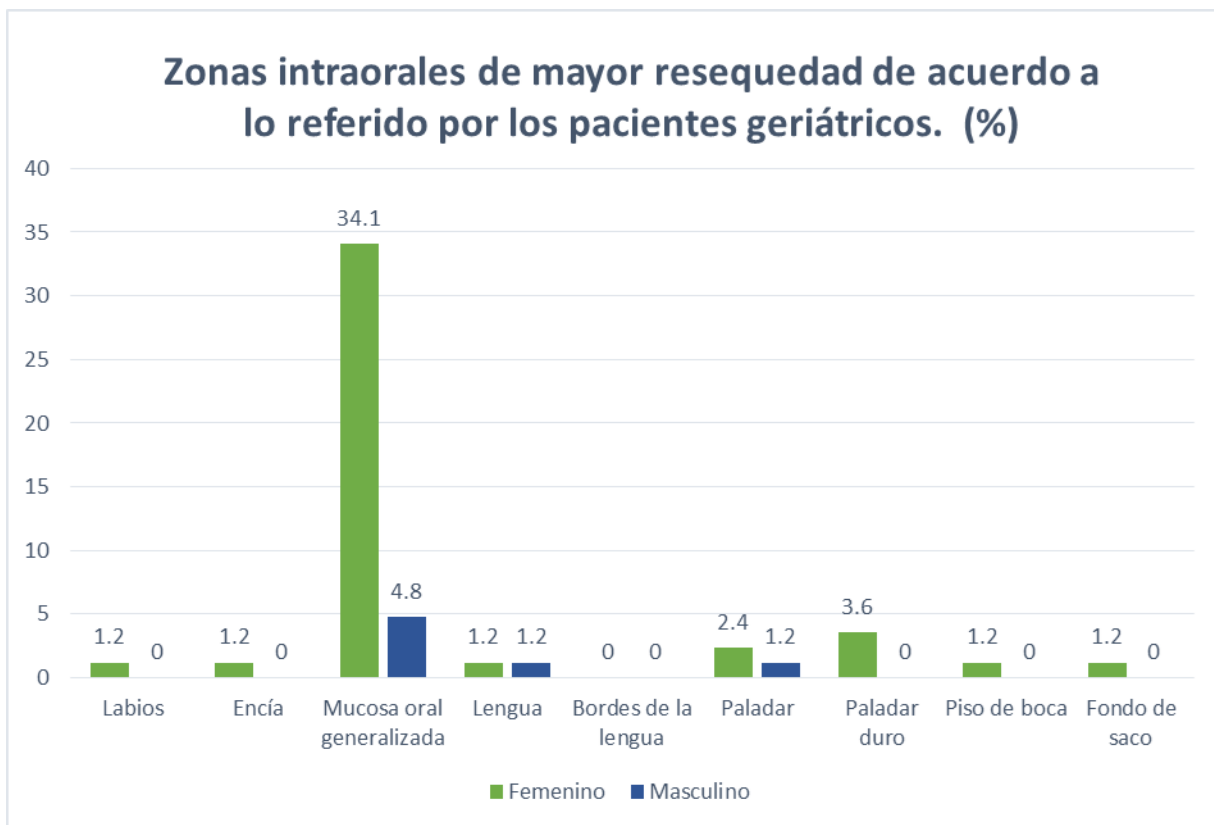
Gráfica 12
Fuente propia

Además se analizó la presencia de Xerostomía, en la tabla 5 podemos observar que tanto los pacientes geriátricos como los no geriátricos refieren mayoritariamente la sintomatología en la mucosa oral generalizada, representando 38.9% y 40.1% respectivamente.

| Localización | Pacientes geriátricos | Pacientes no geriátricos |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Labios | 1 (1.2%) | 0 |
| Encía | 1 (1.2%) | 1 (1.2%) |
| Mucosa oral generalizada | 32 (38.9%) | 33 (40.1%) |
| Lengua | 2 (2.4%) | 1 (1.2%) |
| Bordes de la lengua | 0 | 1 (1.2%) |
| Paladar | 3 (3.6%) | 1 (1.2%) |
| Paladar duro | 3 (3.6%) | 1 (1.2%) |
| Piso de boca | 1 (1.2%) | 0 |
| Fondo de saco | 1 (1.2%) | 0 |
| Total | 44 (53.3%) | 38 (46.1%) |

Tabla 5.- Localización de las zonas intraorales de mayor resequead de acuerdo a lo referido por los pacientes en ambos grupos de estudio. Fuente propia.

En el caso solamente de los pacientes geriátricos el sitio de mayor afectación en los hombres fue la mucosa oral generalizada con 4.8%, seguido del paladar y la lengua con 1.2% cada uno. En el caso de las mujeres el sitio que se vio más afectado fue la mucosa oral generalizada con 34.1% como se muestra en la gráfica 13.



Gráfica 13.
Fuente propia

9. DISCUSIÓN

Debido a la falta de estudios epidemiológicos sobre el Síndrome de Sjögren y el Síndrome de Boca Ardorosa, las tasas de prevalencia tienden a variar entre los estudios. Sobre todo cuando queremos consultar datos epidemiológicos del comportamiento de ambos síndromes en nuestro país.

Fauci¹² menciona que la prevalencia del Síndrome de Sjögren primario es aproximadamente de 0.5 a 1.0% de la población. Clío y Haralampos¹³ en su estudio realizado en el año 2014 mencionaron que la prevalencia del Síndrome de Sjögren puede ser considerada similar a la de la artritis reumatoide; en su estudio la prevalencia de éste varió de 0.1% a 4.8%. Rivera y cols.⁹ reportaron que el síndrome afecta principalmente al género femenino, entre la cuarta y quinta década de la vida en una razón hombre mujer de 1:9.

Por otra parte el síndrome de Boca Ardorosa también carece de estudios epidemiológicos suficientes, Kumala y cols.²² en marzo del 2016 estimaron una prevalencia de 2.6% a 5.1% en su estudio, mencionaron que afecta principalmente a mujeres entre 55 y 60 años. La razón de hombres-mujeres puede variar de 3:1 hasta 16:1. Su factor etiológico también es desconocido y la falta de datos clínicos aumenta su complejidad tanto de diagnóstico como de tratamiento. Kohorst y cols.²¹ en su estudio del año 2014 reportaron que las mujeres postmenopáusicas de 50 a 89 años tuvieron la mayor incidencia de la enfermedad, y la mayor frecuencia se observó en mujeres de 70 a 79 años. Perdomo y cols.²⁰ mencionaron que entre la población general el síndrome se presenta en una frecuencia desde 0.7% hasta 4.5% y que la relación mujeres- hombres es aproximadamente de 3:1 a 9:1. Además mencionan que la edad promedio de desarrollo de tal síndrome es entre 50 y 60 años.

Al realizar este estudio coincidimos con autores como Rivera y cols.⁹, Clio y Haralampos¹³, entre otros, en que ambos síndromes tienen una mayor predilección por las mujeres en el periodo menopáusico y postmenopáusico principalmente y que en los hombres son muy bajas las cifras reportadas. En nuestro estudio se reportó que del total de la población geriátrica, el Síndrome de Sjögren representó el 5.5% (77 pacientes) de los cuales 73 fueron mujeres y 4 hombres, afectando principalmente la mucosa oral de manera generalizada, tanto en hombres como en mujeres.

En el caso del Síndrome de Boca Ardorosa, del total de la población geriátrica el 4% (55 pacientes) presentaron Síndrome de Boca Ardorosa, de los cuales 38 fueron mujeres y 6 hombres, afectando principalmente la mucosa oral de forma generalizada, labios, lengua y paladar.

10. CONCLUSIONES

- Al realizar este estudio podemos concluir que el Síndrome de Sjögren en pacientes mayores de 60 años representó un porcentaje bajo en cuanto a prevalencia
- La prevalencia del Síndrome de Boca Ardorosa en pacientes mayores de 60 años fue de 4%, por lo que también consideramos que es un porcentaje bajo.
- La prevalencia de edad y género para el Síndrome de Sjögren fue mayor en el género femenino, presentándose en pacientes de 32 hasta 89 años de edad. En el caso del Síndrome de Boca Ardorosa la prevalencia también fue mayor en el género femenino y las edades se presentaron en un rango de 11 hasta 82 años de edad.
- La localización más frecuente de las lesiones causadas en ambos síndromes fue la mucosa oral generalizada, en el caso del Síndrome de Sjögren la segunda zona más afectada fue el paladar, solamente en las mujeres. En el Síndrome de Boca Ardorosa la segunda zona más afectada fueron los labios, seguida de la lengua, tanto en hombres como en mujeres.
- Demostrando así que el género femenino es el que se ve más afectado en ambos síndromes y que la sintomatología de ambas ocurre con mayor frecuencia en la mucosa oral generalizada, además de que ambos síndromes afectan mayoritariamente a personas menores de 60 años.

11. GLOSARIO

- **AMILOIDOSIS.**- ocurre cuando unas proteínas anormales llamadas amiloides se acumulan y forman depósitos. Estos depósitos pueden concentrarse en ciertos órganos como los riñones y el corazón. Esto puede causar que el órgano se vuelva rígido y no pueda funcionar como debería.
- **ARTRALGIA.**- Engloba todo tipo de dolores a nivel de las articulaciones. El dolor puede ser de origen mecánico, después de repetidos esfuerzos, o inflamatorio, en cuyo caso está presente desde el momento de levantarse por la mañana y está asociado con rigidez muscular. La artralgia a menudo va ligada a la artrosis, a la artritis o a un esguince.
- **ARTRITIS REUMATOIDE.**- es una poliartritis crónica que debe sospecharse en pacientes mayores de 16 años que presenten inflamación articular o derrame articular durante 6 semanas, de 3 ó más articulaciones, preferentemente de pies y manos.
- **DISGEUSIA.**- Es un trastorno médico que causa una alteración del gusto en la boca. La disgeusia, o percepción alterada del gusto, puede llegar a perturbar en gran medida la calidad de vida de los pacientes.
- **DISPAREUNIA.**- La dispareunia es un término médico que significa “coito doloroso”. Es un término general utilizado para describir todos los tipos de dolor sexual, mismo que puede ocurrir al penetrar, durante y/o después del coito.
- **ESCLERODERMIA.**- Es un conjunto de enfermedades que afectan el tejido conectivo del cuerpo. Este tejido le da soporte a la piel y a los órganos internos. La escleroderma hace que el tejido conectivo se

endurezca y se ponga grueso. También puede causar hinchazón o dolor en los músculos y en las articulaciones.

- **FACTOR ACTIVADOR DE LINFOCITOS B.-** Factor activador de célula B perteneciente a la familia del TNF (BAFF) es una proteína que ejerce importantes funciones reguladoras en la supervivencia, maduración y diferenciación de células B, así como en el desarrollo de órganos linfoides, a través de su interacción con distintos receptores.
- **FENÓMENO DE RAYNAUD.-** consiste en episodios de cambios de color en los dedos de las manos y los pies durante la exposición al frío o en respuesta a estrés emocional. En algunas personas también afecta las orejas, labios y nariz.
- **GAMMAGRAFÍA.-** Radiografía que utiliza la radiación gamma emitida por una fuente radiactiva; es una técnica que tiene aplicaciones industriales y que se emplea en medicina como método de diagnóstico
- **GASTRITIS ATRÓFICA.-** Se considera una enfermedad preneoplásicas, ya que está demostrada la evolución desde la atrofia gástrica a la metaplasia intestinal (MI), sobre la cual puede aparecer displasia y adenocarcinoma gástrico.
- **HEPATITIS CRÓNICA ACTIVA.-** Es una enfermedad que se caracteriza por inflamación y necrosis del tejido hepático de diferente etiología por más de seis meses y con remisiones espontáneas
- **HIPOSALIVACIÓN.-** Es la disminución o pérdida de saliva en la cavidad bucal debido a una disminución en su producción o a un aumento de su consumo. La hiposalivación no es una enfermedad, sino el signo de múltiples padecimientos. Sus causas pueden ser

persistentes e irreversibles, o temporales y reversibles; el tratamiento depende de la causa, desde la estimulación glandular utilizando caramelos sin azúcar hasta la prescripción de sialogogos.

- **LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.-** Es una enfermedad autoinmunitaria sistémica con enorme variedad de presentaciones clínicas y expresión de autoanticuerpos. Lo mas frecuente es que se inicie en personas entre la segunda y la tercera década de la vida, puede empezar a edades extremas, con algunas peculiaridades clínicas diferentes.
- **MIALGIA.-** Las mialgias consisten en dolores musculares que pueden afectar a uno o varios músculos del cuerpo y pueden estar producidos por causas muy diversas
- **MIOSITIS.-** La miositis es la inflamación de los músculos que se usan para mover el cuerpo. Puede ser causada por una lesión, una infección o una enfermedad autoinmune. Dos tipos principales de miositis son la polimiositis y la dermatomiositis.
- **PANCREATITIS.-** Proceso inflamatorio agudo que afecta a la glándula pancreática. Producido por una gran variedad de causas, tiene la característica de que con cierta frecuencia es capaz de activar una serie de sistemas inflamatorios y antiinflamatorios de efectos sistémicos que conducen a la aparición de fallo orgánico cuyas consecuencias pueden ser fatales.
- **PRUEBA DE SCHIRMER.-** La prueba de Schirmer, también conocida como examen de lágrimas, del lagrimeo o prueba de ojo seco, es una prueba que determina si el ojo produce suficientes lágrimas para mantenerlo húmedo. Se utiliza cuando el paciente presenta ojos muy secos o lagrimeo excesivo, ya sea por obstrucción del conducto lagrimal o infecciones de los ojos.
- **SIALOGRAFÍA.-** Técnica de rayos X usada para observar las glándulas salivales y sus conductos con la ayuda de una sustancia contrastiva.
- **SIALOMETRÍA.-** El test de velocidad de flujo salival (VFS) o sialometría, es un procedimiento destinado a medir la cantidad de

saliva que produce una persona en un tiempo determinado. Tiene la ventaja de ser de fácil implementación, de bajo costo y estar al alcance de la mayor parte de la población en riesgo.

- **TINCIÓN CON ROSA DE BENGALA.**- Es un colorante que tiñe de rojo las células epiteliales muertas y el moco, por lo que en la queratoconjuntivitis seca muestra un patrón característica. Además también se tiñen los filamentos y las placas corneales. Tiene el inconveniente de que el rosa de Bengala es irritante, pudiendo inducir falsos positivos.
- **TROPISMO.**- Tendencia de un organismo a reaccionar de una manera definida a los estímulos exteriores.
- **XEROSTOMÍA.**- La xerostomía es la sensación subjetiva de sequedad bucal debido a la disminución de saliva. La xerostomía no es una enfermedad, pero puede ser un síntoma de varias condiciones médicas, un efecto secundario de una radiación en cabeza y cuello, o un efecto secundario de una amplia variedad de medicamentos. Puede o no puede estar asociada con disminución de la función de la glándula salival.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Chávez Reátegui Beatriz, Manrique Chávez Jorge E, Manrique Guzmán Jorge A. Odontogeriatría y gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor: Revisión de literatura: Rev estomatol herediana. [Internet]. 2014 julio- septiembre; 24 (3): 199-207.

Disponible en:

<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/download/2096/2086>

2.-Instituto Nacional de Estadística y geografía. Perfil sociodemográfico. Estados Unidos Mexicanos. Censo de Población y Vivienda 2010. [Internet].

Disponible en:

http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/uem/702825047610_1.pdf

3.- Soria González Erika A., Perera Lezama Rubén. Importancia de la atención odontogeriátrica en el paciente institucionalizado: Odontología actual. [Internet]. 2013 febrero; 9 (118): 12-16.

Disponible en:

http://www.odontologos.mx/mailings/patrocinados/2013/febrero/gum/Odonto_118_laimportancia.pdf

4.- Penny Montenegro Eduardo, Melgar Cuellas Felipe. Geriatria y gerontología para el médico internista. Bolivia, La Hoguera. 2012.

5.- Ávila Fematt Flor María. Definición y objetivos de la geriatría. El residente. 2010; 5 (2): 49-54.

Disponible en:

<http://www.inger.gob.mx/bibliotecageriatria/acervo/pdf/RES.pdf>

6.- Pavez C. Violeta, Quintana C Mónica. Manejo odontológico de pacientes ancianos con riesgo sistémico: Revista dental de Chile. [Internet]. 2003; 94 (2): 22-25.

Disponible en:

http://www.revistadentaldechile.cl/temas%20agosto%202003/PDFs_agosto_2003/Manejo%20Odontologico...%20.pdf

7.- Haya Fernández MC, Blaso Garrido I, Cabo Pastor MB. La atención odontológica del paciente geriátrico con deterioro cognitivo: Avances en odontoestomatología. [Internet]. 2015; 3 (31): 117-127.

Disponible en:

https://scholar.google.com.mx/scholar?q=La+atenci%C3%B3n+odontol%C3%B3gica+del+paciente+geri%C3%A1trico+con+deterioro+cognitivo&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart&sa=X&ved=0ahUKEwi9bGLmKDLAhWEnIMKHdMXDh0QgQMIGTAA

8.- Meller Christian. Importancia de la odontología preventiva en el adulto mayor: Una aproximación personal. Odontología preventiva. [Internet]. 2008; 1(2): 73-82.

Disponible en:

<http://www.medicinaoral.com/preventiva/volumenes/v1i2/73.pdf>

9.- Rivera, Valero, Escalona, Roja-Sánchez, Ríos. Manejo multidisciplinario del paciente diagnosticado con el síndrome de Sjögren. Acta odontológica venezolana. [Internet]. 2009; 47(3): 1-23.

Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/3/art22>

10.- Sorlí JV et al. Síndrome de Sjögren: Atención primaria. [Internet]. 2009; 41 (7): 417-419.

Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-sindrome-sjogren-13139259>

11.- Kumar, Abbas, et al. Robbins patología humana. 8° edición. Editorial elsevier. México 2008.

12.- Fauci, Braunwald, Kasper, et al. Harrison principios de medicina interna. 17ª edición. Vol. II. Editorial Mc Graw Hill. México 2009.

13.-Leyva Huerta, Gaitán Cepeda. Patología general e inmunología. 1ª edición. Editorial Trillas. México 2008

14.- Clio P, Haralampos M. Sjögren syndrome. CMAJ. [Internet]. 2014; 186 (15): 579-586.

Disponible en:

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4203623/?log\\$=activity](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4203623/?log$=activity)

15.- Yi-fan Huang, Qian cheng, et al. The immune factors involved in the pathogenesis, diagnosis, and treatment of Sjögren's syndrome. Clinical and Developmental Immunology. [Internet]. 2013; 2(3): 1-6.

Disponible en:

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3722847/?log\\$=activity](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3722847/?log$=activity)

16.-Farreras, Rozman. Medicina interna: enfermedades del aparato digestivo: gastroenterología y hepatología. 17ª edición. España, Elsevier. 2014.

17.-Martínez, Yusimí. Síndrome de Sjögren. Revista cubana de medicina. [Internet]. 2010; 49(2): 61-76.

Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v49n2/med06210.pdf>

18.- Sapp Phillip. Patología oral y maxilofacial contemporánea. España, Elsevier. 2005.

19.- Coculescu EC, Tovar S, Coculescu BI. Epidemiological and etiological aspects of burning mouth syndrome. Journal of medicina and life. [Internet] 2014; 7(3): 305-309.

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4206710/>

20.- Perdomo Lovera M, Chimenos Küstner E. Síndrome de Boca Ardiente: actualización. Av. Odontoestomatol [Internet]. 2003; 19(4): 193-202.

Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v19n4/05original4.pdf>

21.- Kohorst John J. et al. A Population –Based Study of the Incidence of Burning Mouth Syndrome. Mayo Clin Proc [Internet]. 2014; 89(11): 1545-1552.

Disponible en: [http://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(14\)00540-0/abstract](http://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(14)00540-0/abstract)

22.- Kumala, Sankethguddad, Sujith, Praveena. Burning Mouth Syndrome. Indian journal of palliative care. [Internet]. 2016; 22(1): 74-79.

23.- Colimon Kahl-Martin. Fundamentos de epidemiología. 3° edición. Editorial corporación para investigaciones biológicas. Colombia.2010.

24.- Brooker Chris. Diccionario médico. Churchill livingstone medical dictionary. 16ª ed. México: Manual Moderno, 2010.