



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
CARRERA CIRUJANO DENTISTA

**“Manifestaciones Bucales del síndrome de Sjögren en pacientes de la Unidad de Patología Bucal en la FES Zaragoza UNAM”.**  
**Reporte de dos casos clínicos.**

# **T E S I S**

PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**CIRUJANA DENTISTA**  
P R E S E N T A:  
**Yesica Gabriela Hernández López**

**Directora:** Dra. Rosa Diana Hernández Palacios.  
**Asesora:** C.D. Esp. Grisel Alicia Corona González.  
**Comité:** C.D. Esp. Gabriela Alejandra Albiter Farfán.  
C.D. Miguel Ángel Reza Tenorio.  
C.D. Alexis Israel Guadarrama Flores.



**MÉXICO CDMX. 2016**



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.

## ***Agradecimientos***

*Antes que nada quiero agradecer a la **Universidad Nacional Autónoma México** y a la **Facultad de Estudios Superiores Zaragoza** por todo lo que me han brindado durante todos estos años de formación académica y a todos los profesores que contribuyeron para llegar a este momento.*

*A mi **Familia** por el gran apoyo, cariño y motivación que me dieron para nunca darme por vencida y poder cumplir este propósito. En especial a mí **Papá** y a mí **Mamá** que gracias a su esfuerzo ahora se ve realizado este sueño, a mí **hermana** que siempre ha estado en todo momento a mis **Abuelitos** que son sumamente importante para mí, quienes siguen conmigo dándome su cariño y los que me cuidan desde el cielo.*

*A mí **Directora** y **Asesora** por su compromiso, persistencia, y apoyo han sido una parte fundamental para mí. Gracias a su experiencia y conocimientos pude lograr esta meta lo cual siempre estaré sumamente agradecida.*

*También quiero darle las gracias a mis **Sinodales** por sus aportaciones que ayudaron a enriquecer mi tesis, su disponibilidad y amabilidad hacia conmigo.*

**“Manifestaciones Bucales del  
síndrome de Sjögren en pacientes de  
la Unidad de Patología Bucal en la  
FES Zaragoza UNAM”.**  
**Reporte de dos Casos Clínicos.**

## ÍNDICE

<b>1.</b>	<b>Introducción</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>Justificación</b>	<b>2</b>
<b>3.</b>	<b>Planteamiento del problema</b>	<b>3</b>
<b>4.</b>	<b>Objetivo</b>	<b>4</b>
<b>5.</b>	<b>Marco teórico</b>	<b>5</b>
	5.1 Antecedentes	5
	5.2 Etiología	6
	5.3 Epidemiología	7
	5.4 Clasificación	9
	5.4 Características clínicas	9
	5.5 Manifestaciones sistémicas	10
	5.6 Manifestaciones bucales	13
	5.7 Características histológicas	18
	5.8 Criterios de diagnóstico	19
	5.9 Auxiliares de diagnóstico	20
	5.10 Diagnóstico diferencial	24
	5.11 Tratamiento	25
<b>6.</b>	<b>Casos Clínicos</b>	<b>29</b>
	6.1 Presentación del caso clínico 1	30
	6.2 Presentación del caso clínico 2	36
<b>7.</b>	<b>Material y Métodos</b>	<b>43</b>
<b>8.</b>	<b>Conclusión</b>	<b>44</b>
<b>9.</b>	<b>Propuestas</b>	<b>45</b>
<b>10.</b>	<b>Referencias</b>	<b>46</b>
<b>11.</b>	<b>Anexos</b>	<b>51</b>



## **1. INTRODUCCIÓN**

El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmunitaria que se caracteriza por la afectación de las glándulas exocrinas, es una patología poco diagnosticada por lo que es importante que el Cirujano Dentista tenga los conocimientos necesarios para realizar su diagnóstico oportunamente, debido a que puede presentar diversas complicaciones en cavidad bucal, como xerostomía, hiposalivación, periodontitis, atrofia papilar, caries dental, queilitis, halitosis y candidiasis.

Al momento de realizar el diagnóstico de esta entidad se requiere de la participación de un equipo multidisciplinario de salud para su manejo adecuado, donde el Cirujano Dentista tiene un papel importante en la prevención y tratamiento de las enfermedades bucales.

En este trabajo se describen dos casos clínicos con síndrome de Sjögren y se resaltan las principales manifestaciones bucales, su diagnóstico y conducta odontológica a seguir. Se destaca la importancia de identificar oportunamente las características clínicas y los criterios para el diagnóstico para evitar las complicaciones de la hiposalivación, como son infecciones oportunistas y enfermedad periodontal entre otras enfermedades bucales, además de enfatizar el papel del Cirujano Dentista para mejorar las condiciones de salud bucal del paciente con síndrome de Sjögren lo cual influirá en su calidad de vida.



## **2. JUSTIFICACIÓN**

El Síndrome de Sjögren tiene una prevalencia aproximada del 0.05- 4.8% de la población general, con mayor frecuencia afecta a las mujeres 9:1, entre la cuarta y quinta década de vida.

Esta enfermedad es poco diagnosticada por lo diversas que son sus manifestaciones clínicas y debido a que afecta a las glándulas exocrinas, causa una hipofunción de las glándulas salivales y provoca una disminución de la saliva que muchas veces pasa desapercibida por los pacientes y no le dan un tratamiento oportuno, lo que ocasiona diversas manifestaciones bucales, que van a repercutir en el funcionamiento del sistema estomatognático, principalmente en la masticación, deglución, y el sentido del gusto, además también se favorecen las enfermedades bucales como caries dental, enfermedad periodontal y candidiasis, por lo que se deteriora la calidad de vida de quienes la presentan.

Es necesario que el Cirujano Dentista pueda identificar en una etapa temprana la enfermedad ya que el diagnóstico oportuno ayudará a prevenir las complicaciones bucales logrando así un pronóstico favorable.

También es esencial que se realicen más estudios acerca de este síndrome para su abordaje multidisciplinario, donde el odontólogo tiene un rol importante al establecer estrategias de diagnóstico y tratamiento oportuno.



### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune que afecta a las glándulas exocrinas, incluyendo las salivales lo cual es causa de diversas manifestaciones bucales, que no son diagnosticadas oportunamente, por lo que se pretende identificar:

¿Cuáles son las manifestaciones bucales del síndrome de Sjögren?





**Manifestaciones Bucales del síndrome de Sjögren en  
pacientes de la Unidad de Patología Bucal en la FES Zaragoza.  
Reporte de dos Casos Clínicos.**

---



#### **4. OBJETIVO GENERAL**

Describir las manifestaciones bucales del síndrome de Sjögren en pacientes de la Unidad de Patología Bucal en la FES Zaragoza.

#### **Objetivos Específicos**

Describir la triada del síndrome de Sjögren.

Describir los principales auxiliares de diagnóstico para el síndrome de Sjögren.

Describir el manejo odontológico y el tratamiento a seguir con los pacientes que presentan síndrome de Sjögren.



## **5. MARCO TEÓRICO**

El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune crónica que se caracteriza por la presencia de manifestaciones clínicas ocasionadas por la afectación de las glándulas exocrinas, principalmente salivales y lagrimales.<sup>1,2</sup>

Se presenta por la infiltración de linfocitos T de las glándulas afectadas y por activación sistémica de linfocitos B. Este síndrome puede clasificarse en primario o secundario.<sup>3</sup>

La deficiente calidad y cantidad de saliva que ocasiona el síndrome de Sjögren por la hipofunción parotídea, trae consecuencias importantes para la salud bucal.<sup>4,5</sup>

### **5.1 ANTECEDENTES**

El síndrome de Sjögren se consideró en sus inicios una enfermedad local de las glándulas parótidas; posteriormente como una enfermedad reumática, inclusive, como una variante de la artritis reumatoide desde los inicios y hasta mediados del siglo XX, la cual después se identificó como enfermedad inmunológica, que se caracteriza por la destrucción del parénquima glandular debido a infiltración linfocitaria.<sup>1,5</sup>

En 1800 Hadden, Leber y Mikulicz describieron a un varón que presentaba queratitis, sequedad de mucosas y tumefacción de glándulas parótidas relacionado con un infiltrado de células pequeñas, siendo éste el primer acercamiento diagnóstico al síndrome de Sjögren. Las primeras descripciones de pacientes con xerostomía (sequedad de mucosas) y xeroftalmia (sequedad ocular) se realizaron en 1933 por H. Sjögren.<sup>2</sup>



## 5.2 ETIOLOGÍA

La etiología específica del síndrome de Sjögren es aún desconocida, sin embargo, su etiopatogenia se ha centrado en la autoinmunidad. Aunque la enfermedad no es hereditaria se ha identificado un marcador genético específico del complejo mayor de histocompatibilidad, por lo tanto se ha considerado que puede existir un componente genético y que la enfermedad puede ser de transmisión hereditaria, sin embargo, la información reportada acerca de esta entidad orienta hacia una teoría multifactorial, donde se involucran factores ambientales, inmunológicos, serológicos, histopatológicos y predisposición genética.<sup>6</sup>

Actualmente, está bien aceptada la teoría que explica la infiltración de glándulas salivales y lagrimales por células linfoplasmocitarias.<sup>6,7</sup>

También se han planteado diferentes teorías, que justifican una alteración de respuesta autoinmunitaria, por una parte, se producen:

- Alteración del reconocimiento inmunitario (infecciones virales). Los principales virus implicados en el desarrollo del síndrome de Sjögren son: el virus de Epstein- (VEB), virus herpes 6 (HV6), citomegalovirus (CMV), virus de la hepatitis B (VHB), VHC, parvovirus B19, enterovirus como el Cocksackie, retrovirus como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el virus linfotrópico de células T humano de tipo I (HTLV-1).<sup>2,7</sup>



**Manifestaciones Bucales del síndrome de Sjögren en  
pacientes de la Unidad de Patología Bucal en la FES Zaragoza.  
Reporte de dos Casos Clínicos.**

---



- Alteración de la respuesta inmunitaria adquirida: por alteración de linfocitos T o por disfunción de los linfocitos B, ya sea por incremento de células plasmáticas circulantes o retención de células B. <sup>4,7</sup>
  
- Alteración de la regulación de la respuesta inmunitaria (alteración de citocinas): incremento de expresión de quimiocinas de linfocitos B y linfocitos T. <sup>4,7</sup>
  
- Factores genéticos: en pacientes que presentan anticuerpos anti-Ro y anti-La. <sup>4,7</sup>
  
- Disfunción de linfocitos B: Este factor basa su consistencia en la proliferación de células B policlonal puede transformarse en bandas B oligoclonales. <sup>4,7</sup>
  
- Autoantígenos: como la presencia ampliamente aceptada de ribonucleoproteínas Ro/La, pero también por la presencia de fodrin y acuaporinas. <sup>4,7</sup>

### 5.3 EPIDEMIOLOGÍA.

El síndrome de Sjögren es una enfermedad poco diagnosticada, por lo general afecta más al sexo femenino principalmente a mujeres posmenopáusicas con una tasa de incidencia de 5 casos/100.000 habitantes y se ha encontrado que el grupo más susceptible está entre los 35 y 45 años. Sin embargo, puede aparecer en niños o adolescentes. <sup>2, 6</sup>

Con una prevalencia estimada de más de 1 millón de personas en los Estados Unidos y en Europa oscila alrededor de un 0.6 – 3.3% de la población. El síndrome de Sjögren se describe como



**Manifestaciones Bucales del síndrome de Sjögren en  
pacientes de la Unidad de Patología Bucal en la FES Zaragoza.  
Reporte de dos Casos Clínicos.**

---



una enfermedad cuya forma primaria puede presentarse entre un 0.05% a 1% de la población y en su forma secundaria, acompaña al 30% de los pacientes con artritis reumatoide, 10% de los que tienen lupus eritematoso y 20% de los que presentan esclerodermia y en otros menores esclerosis sistémica progresiva, cirrosis biliar primaria y dermatomiositis. Se ha reportado además un alto riesgo de desarrollar linfoma maligno en pacientes con síndrome de Sjögren primario. Es por esto que, en todo paciente en el que se presente clínicamente síndrome de Sjögren, debe buscarse otra enfermedad reumatológica.<sup>4, 5,8</sup>

En otras poblaciones de Europa como Atenas se han realizado investigaciones donde 261 pacientes fueron diagnosticados con este síndrome, el 96% fue del sexo femenino y edad promedio de 51 años. En países latinoamericanos como Venezuela se reportaron un total de 16 pacientes con diagnóstico presuntivo de síndrome de Sjögren 13 fueron de sexo femenino y 3 del sexo masculino. En México en el IUFIM (Instituto Universitario Franco Inglés de México) se realizó un estudio descriptivo, transversal y observacional donde la muestra estuvo construida por 23 pacientes (20 pacientes del sexo femenino y 3 del masculino) donde seis casos fueron positivos a síndrome de Sjögren.<sup>6,9</sup>

El diagnóstico de este síndrome con frecuencia tarda varios años y suele tener un efecto adverso sobre la calidad de vida de los pacientes que lo presentan, su curso es variable con períodos de exacerbación y remisión de los síntomas, que incluyen estados subclínicos apenas perceptibles por el paciente. La prevalencia de este síndrome es heterogénea, debido a lo inespecífico de las manifestaciones clínicas y a los criterios de clasificación; en la



actualidad, se recomienda emplear la clasificación del Consenso Europeo-Americano 2002.<sup>1, 7,9</sup>

#### 5.4 CLASIFICACIÓN.

Cuando el síndrome aparece solo, es diagnosticado como Sjögren primario; en tanto que cuando ocurre junto con otra entidad autoinmune (como artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y otras patologías) se diagnostica como secundario.<sup>10,11</sup>

- ❖ Síndrome de Sjögren primario: Caracterizado por la xeroftalmia, la xerostomía y otros rasgos clínicos como artritis, mialgias, piel seca y disfagia.
- ❖ Síndrome de Sjögren secundario: Está presente la xeroftalmia y/o la xerostomía, generalmente menos intensa que en el síndrome de Sjögren primario, asociada a una enfermedad autoinmune bien identificada como las ya mencionadas.<sup>11</sup>

#### 5.5 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

##### Xeroftalmia

Es sequedad ocular, provocada por la infiltración de linfocitos en la zona y destrucción de acinos y conductos de las glándulas lagrimales. Las manifestaciones clínicas incluyen fotofobia, sensación de arena en los ojos, prurito, quemazón e inclusive dolor al parpadeo; en la exploración se corrobora hiperemia conjuntival y disminución de la agudeza visual, queratosis filamentaria (con descamación de columnas del epitelio), que permanecen adheridas al mismo, semejando fibras mucosas a las que se puede asociar procesos infecciosos. El curso crónico



**Manifestaciones Bucales del síndrome de Sjögren en  
pacientes de la Unidad de Patología Bucal en la FES Zaragoza.  
Reporte de dos Casos Clínicos.**

---



de la enfermedad, puede ocasionar a episcleritis o escleritis, y con la pérdida continúa de células epiteliales de la esclera, puede aparecer una escleromalacia, que en los casos más graves se llega a perforar.<sup>11, 12</sup>

#### Xerostomía e hiposalivación

Sensación de sequedad bucal, producida por la disminución de secreción de las glándulas salivales, que al ser lesionadas por el infiltrado linfocitario ocasiona problemas funcionales, mayor susceptibilidad a las caries, enfermedad periodontal y sed, para lo cual el paciente tiene necesidad de ingerir líquidos constantemente. Tiene predisposición a las infecciones bucales, especialmente candidiasis y puede presentarse una tumefacción o hipertrofia de las glándulas salivales.<sup>12</sup>

#### 5.6 MANIFESTACIONES SISTÉMICAS

Entre las manifestaciones sistémicas como las músculo esqueléticas (artritis) junto con la xeroftalmia y xerostomía forman parte de la triada clásica del síndrome de Sjögren primario.<sup>12</sup>

#### Manifestaciones respiratorias

Sus principales manifestaciones son la disminución de las secreciones normales del árbol respiratorio, sequedad de la mucosa nasal, orofaríngea, traqueal y bronquial (xerotráquea), la disfonía y tos crónica no productiva (tos seca) y cuando predomina la lesión bronquial, puede aparecer disnea.<sup>13</sup>



**Manifestaciones Bucales del síndrome de Sjögren en  
pacientes de la Unidad de Patología Bucal en la FES Zaragoza.  
Reporte de dos Casos Clínicos.**

---



### Manifestaciones dermatológicas

El compromiso cutáneo se observa al menos en la mitad de los pacientes con diagnóstico de síndrome de Sjögren, la fotosensibilidad y la xerosis es la manifestación más importante que se presenta hasta en 66% de los pacientes, los síntomas clásicos de esta patología son inespecíficos, pero se asocian a signos objetivos como piel reseca y descamativa, también se puede presentar purpura hiperglobulinémica y vasculitis.<sup>14, 15</sup>

### Manifestaciones gastrointestinales

La disfagia es frecuente en estos pacientes, debido a la hiposaliva e hipomotilidad del tercio superior del esófago, así como a la disminución de tono del esfínter esofágico inferior.<sup>15</sup>

### Manifestaciones músculo esqueléticas

La frecuencia de la afección muscular inflamatoria en el síndrome de Sjögren primario varía de 0 a 9 % según los estudios de diferentes series. Los dolores musculares difusos y generalizados (mialgias) es lo más común así como la artralgia o artritis en metacarpofalángicas, interfalángicas proximales y rodillas, con discreta rigidez matutina, que no evoluciona a la anquilosis ni a la destrucción articular.<sup>1,15</sup>

### Manifestaciones hematológicas

Se observa anemia asociada a los procesos inflamatorios crónicos en un 30% de estos enfermos, es frecuente la presencia de leucopenia, anemia hemolítica autoinmune, púrpura trombocitopénica, mielodisplasia o anemia aplásica.<sup>15</sup>





**Manifestaciones Bucales del síndrome de Sjögren en  
pacientes de la Unidad de Patología Bucal en la FES Zaragoza.  
Reporte de dos Casos Clínicos.**

---



### Manifestaciones renales

Las manifestaciones renales asociadas al síndrome de Sjögren son la acidosis tubular renal y nefritis intersticial, pero esta última es aún la más reconocida complicación del síndrome de Sjögren primario.<sup>10,15</sup>

### Manifestaciones neurológicas

Se van a presentar la neuropatía periférica, neuropatía craneal, afección del sistema nervioso central, al igual que un compromiso con los pares craneales, el más frecuente es el del nervio trigémino, secundario a una “ganglionitis gasseriana”. Es una alteración principalmente sensitiva (neuralgia del trigémino).<sup>15,16</sup>

### Manifestaciones cardiovasculares

El síndrome de Sjögren primario se asocia raramente con afectación cardíaca: los hallazgos ecocardiográficos habituales de la enfermedad son la afectación valvular, que tienen escasa repercusión funcional.<sup>17</sup>

Zazzetti y col realizaron un estudio retrospectivo con revisión de historias clínicas de pacientes con síndrome de Sjögren primario visitados en el Hospital Británico de Buenos Aires donde el 80% presentaron manifestaciones sistémicas, las manifestaciones extraglandulares son diversas. En ocasiones pueden ser la forma de presentación de la enfermedad o detectarse antes que las manifestaciones glandulares típicas y retrasar el diagnóstico del propio síndrome de Sjögren.<sup>8,18.</sup>



## 5.7 MANIFESTACIONES BUCALES

La disminución del flujo salival ocasiona alteraciones funcionales y diversas manifestaciones bucales. Las alteraciones funcionales como la masticación, deglución y fonación son las primeras en aparecer.<sup>19</sup>

Desde el punto de vista clínico si la disminución de saliva es progresiva y duradera, con el tiempo se asociará a signos y síntomas bucales. Inicialmente aparecerá una sensación de boca seca (xerostomía) ya que disminuye la saliva por la atrofia glandular, por la noche va agudizar aún más debido a los ritmos circadianos, la cantidad de saliva alcanzará los niveles más bajos durante el sueño esto llevará a otras complicaciones bucales, como ya sabemos esta cumple las funciones de limpieza, lubricación, y es antimicrobiana debido a sus componentes como la mucina, lactoferrina, lizosimas, peroxidasa, inmunoglobulina A y lípidos, que en conjunto cumplen el papel de defensa en la cavidad bucal, por ello es indispensable que exista una actividad normal de las glándulas salivales para que se mantenga la salud bucal. Otra de las funciones importantes de la saliva es su participación durante el inicio, maduración y metabolismo de la biopelícula (placa dentobacteriana), permite la eliminación de bacterias de la superficie dental y la neutralización de los ácidos producidos por las bacterias para el control de la actividad bacteriana.<sup>13,19</sup>

La saliva es un fluido producido por un sistema glandular especializado, su producción diaria es en promedio de 500 mililitros (200 ml secretados durante la deglución e ingestión de los alimentos, y los 300 ml restantes como efecto hidratante de la



**Manifestaciones Bucales del síndrome de Sjögren en  
pacientes de la Unidad de Patología Bucal en la FES Zaragoza.  
Reporte de dos Casos Clínicos.**



cavidad bucal durante el resto del día), es uno de los fluidos corporales que contribuyen a mantener la salud.<sup>13,20</sup>

Una de las principales manifestaciones bucales resulta ser la sensación de boca seca (xerostomía) e hiposalivación.<sup>19</sup>

Principales complicaciones de la hiposalivación:<sup>20</sup>

Caries	Candidiasis	Mucositis
Halitosis	Enfermedad periodontal	Glandulares

Caries: De evolución rápida, localización preferentemente en región cervical (fig.1), incluso en dientes recientemente obturados. También se presentan en lugares atípicos (zonas interproximales e incisales de dientes anteriores y fracturas).<sup>20</sup>



Figura 1. Caries cervical.  
Fuente: Directa.



**Manifestaciones Bucales del síndrome de Sjögren en  
pacientes de la Unidad de Patología Bucal en la FES Zaragoza.  
Reporte de dos Casos Clínicos.**



Halitosis: El origen de la halitosis en el 80-90% de los casos es de origen bucal, generalmente por enfermedad periodontal, pero en los pacientes con síndrome de Sjögren la causa principal es la boca seca que facilita el crecimiento bacteriano responsable de la emisión de gases que provoca el mal aliento. La localización más frecuente de estas bacterias es el dorso de la lengua.<sup>19</sup>

Candidiasis: La falta de saliva provoca una disminución del pH bucal, lo que ocasiona una disminución de sustancias antiinfecciosas, además no habrá un sistema de arrastre mecánico que aparece fisiológicamente cuando hay saliva, facilitando todo ello el desarrollo de infecciones micóticas como la candidiasis, se presenta especialmente en lengua, paladar y carrillos (fig. 2).<sup>20, 21</sup>



Figura 2. Candidiasis pseudomembranosa en lengua y paladar.  
Fuente: Directa.

Enfermedad Periodontal: La sequedad favorece el acúmulo de placa bacteriana incrementando la severidad y frecuencia de las enfermedades que afectan a la encía. La propia acción limpiadora de la saliva se ve disminuida en unos tejidos



**Manifestaciones Bucales del síndrome de Sjögren en  
pacientes de la Unidad de Patología Bucal en la FES Zaragoza.  
Reporte de dos Casos Clínicos.**



periodontales resecos, favoreciendo la inflamación, que ocasiona la destrucción de los tejidos de soporte del diente. La enfermedad periodontal se caracteriza por la presencia de bolsas periodontales y pérdida de inserción al sondeo, destrucción de hueso alveolar y movilidad dentaria.<sup>22</sup>

Mucositis: Debido a la sequedad de las mucosas, se presenta pérdida de brillo, palidez y adelgazamiento de las mismas. A nivel de la lengua, se presenta atrofia papilar (fig.3); pacientes portadores de prótesis dentales, al roce de las mismas produce inflamación, en algunos casos erosiones sobre la mucosa bucal, resequedad labial, queilitis angular acompañada de ardor o quemazón (fig.4), intolerancia a los alimentos ácidos y la mucosa yugal se encontrará enrojecida.<sup>13,19, 23</sup>



Figura 3. Lengua depapilada.

Fuente: Frecuencia de síndrome de Sjögren en pacientes con hiposalivación 2012.



**Manifestaciones Bucales del síndrome de Sjögren en  
pacientes de la Unidad de Patología Bucal en la FES Zaragoza.  
Reporte de dos Casos Clínicos.**



Figura 4. Sequedad labial.  
Fuente: Directa

Glandulares: En algunas ocasiones se presenta agrandamiento de las glándulas salivales (fig.5), que a la presión manual secretan poca saliva y ésta es de aspecto viscoso. Usualmente es simétrico, bilateral y con recurrencia. Los cambios son más evidentes en las parótidas, pero también pueden afectarse las submandibulares, puede ser episódico, con inflamación y posterior reducción a lo largo de pocas semanas, adoptando una consistencia firme a la palpación poco o nada dolorosa.<sup>13,23</sup>



Figura 5. Agrandamiento Parotídeo.  
Fuente: Directa

## 5.8 CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

El síndrome de Sjögren se caracteriza por la presencia de un infiltrado linfocitario, acúmulo focal de células mononucleares en diversos órganos glandulares. En las glándulas salivares es conocido como sialoadenitis focal. Se pueden encontrar infiltrados aislados entre los lóbulos, aunque los acinos y ductos alejados de los focos linfocitarios no muestran infiltración relevante alguna (Fig.6). Puede observarse acumulo de células mioepiteliales en los ductos salivares que producen la obliteración de los mismos, sin embargo, pueden aparecer en el linfoma y la sarcoidosis. Una gran proporción de las células linfoplasmocitarias infiltrantes contienen IgG e IgA, lo que sugiere un papel activo en la producción de autoanticuerpos.<sup>23</sup>

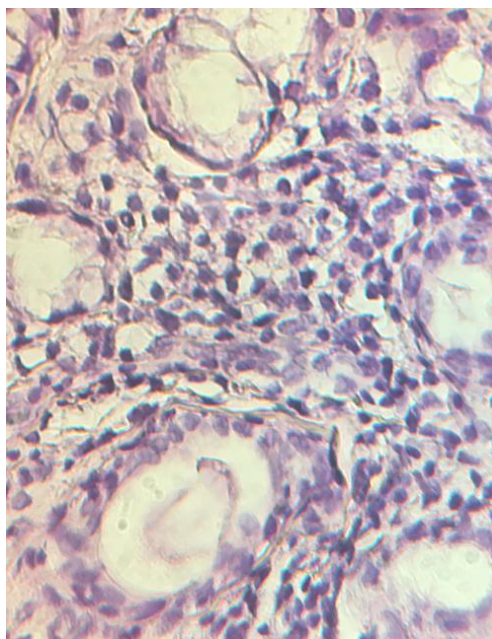


Figura 6. Infiltrado linfocitario en acino glandular  
Fuente: Directa.



## 5.9 CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

El aspecto multifacético de este síndrome dificulta su diagnóstico, como consecuencia, el síndrome de Sjögren frecuentemente permanece sin diagnóstico o es diagnosticado años después del comienzo de los primeros síntomas. Al igual que en otras enfermedades crónicas autoinmunes disponemos de criterios de clasificación, con el fin de asegurar la estandarización de los pacientes.<sup>24</sup>

Los criterios de clasificación han sido propuestos de forma sucesiva por diversos grupos a lo largo de las tres últimas décadas. En 2002 se propusieron los del grupo de Consenso Europeo- Americano, que son los que en la actualidad más se utilizan.<sup>23, 24</sup>

### **Criterios clasificatorios del síndrome de Sjögren: Consenso Europeo-Americano, 2002**

#### 1. Síntomas orales (una respuesta positiva)

- Sensación de boca seca por un período superior a 3 meses
- Parotidomegalia recurrente
- Necesidad constante de beber líquidos

#### 2. Síntomas oculares (una respuesta positiva)

- Sensación de ojos secos por un período superior a 3 meses
- Sensación de arenilla ocular recurrente
- Utilizar lágrimas artificiales más de tres veces al día

#### 3. Signos oculares (una prueba positiva)

- Prueba de Schirmer inferior o igual a 5 mm a los 5 min





- Puntuación de 4 o más (escala de Bijsterveld) en la tinción con rosa de Bengala

#### 4. Alteración de las glándulas salivales (una prueba positiva)

- Gammagrafía parotídea con déficit difuso de captación
- Sialografía con alteraciones difusas ductales y acinares
- Flujo salival sin estimular de 1,5 ml o menos en 15 min

#### 5. Histopatología

- Biopsia salival grado 3-4 de la clasificación de Chisholm y Mason o sialoadenitis linfocítica.

#### 6. Inmunología (una prueba positiva)

- Anti-Ro/SS-A
- Anti-La/SS-B.<sup>25</sup>

#### Diagnóstico del síndrome de Sjögren primario

Para el diagnóstico del síndrome de Sjögren primario deben presentarse cuatro de los seis criterios, con el cuarto o sexto positivos. Tres de los cuatro criterios objetivos del tres al seis.<sup>25</sup>

#### Diagnóstico del síndrome de Sjögren secundario

Diagnóstico de enfermedad del tejido conectivo, un síntoma seco (ojo o boca), dos exámenes positivos para boca y ojo seco en el momento del diagnóstico.<sup>25</sup>

#### 5.10 AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

La dificultad en el diagnóstico por las manifestaciones clínicas muy inespecíficas puede dar lugar a complicaciones considerables a



**Manifestaciones Bucales del síndrome de Sjögren en  
pacientes de la Unidad de Patología Bucal en la FES Zaragoza.  
Reporte de dos Casos Clínicos.**

---



largo plazo, hay varios auxiliares de diagnóstico, como los de imagen, estudio microscópico y análisis sérico con estudio de autoinmunidad. Por lo anterior existen numerosos procedimientos y métodos que en la actualidad se utilizan con objeto de conseguir un diagnóstico efectivo, precoz y de alta eficacia.<sup>26</sup>

#### Prueba de Schirmer

Es usado para medir la secreción lacrimal, debe realizarse en todo paciente con sospecha de síndrome de Sjögren. Consiste en introducir un papel absorbente en el saco conjuntival inferior del paciente durante 5 min o hasta que la humedad llegue a 10 mm (límite normal a partir del cual se considera que no hay sequedad). La prueba es positiva si la parte húmeda del papel mide menos de 5mm es una fuerte indicación de disminución de la secreción. Entre 5 y 10mm la sequedad es dudosa. Su positividad confirma la sequedad ocular.<sup>13</sup>

#### Tinción con Rosa de Bengala o fluoresceína

En pacientes con sequedad dudosa no confirmada por la prueba anterior, puede hacerse una consulta al oftalmólogo para un examen de conjuntiva con lámpara de hendidura y tinción con Rosa de Bengala o fluoresceína, que pondrán de manifiesto si hay o no queratoconjuntivitis punteada, característica de la sequedad crónica.<sup>3</sup>

#### Test de Schimmer oral

Para la realización de este test tendrá lugar la colocación de una tira milimetrada de papel de aproximadamente 1 cm de ancho por 17 cm de largo en el suelo de la boca. Para su colocación se



**Manifestaciones Bucales del síndrome de Sjögren en  
pacientes de la Unidad de Patología Bucal en la FES Zaragoza.  
Reporte de dos Casos Clínicos.**

---



tendrá en consideración que la parte no milimetrada sea la que contacte con el suelo y la milimetrada en una bolsa de polietileno. A continuación, se deja transcurrir un período de tiempo de 5 minutos con objeto de que la saliva empape el papel y con ello puedan leerse los milímetros de papel impregnados.<sup>26</sup>

### Sialometría

La demostración objetiva de la propia xerostomía mediante la medición del flujo salival, es el primer paso en el estudio de pacientes con síntomas de boca seca. La sialometría mide la tasa de flujo salival basal (no-estimulado) <1.5 ml de saliva en 15 minutos y tiene una sensibilidad de 56.1% y una especificidad del 80.7% para el diagnóstico. La medida de este flujo depende de varios factores, tales como la edad, el género del paciente, el consumo de drogas o la hora del día. La variedad de espectro en las tasas de flujo es encontrado en individuos normales y no tienen valor por si solo para el diagnóstico de Sjögren.<sup>13,26</sup>

### Sialografía

Es un método radiográfico para evaluar alteraciones anatómicas en el sistema ductal de las glándulas salivales. El estudio radiográfico muestra un aumento en la incidencia de sialectasias en los pacientes con síndrome de Sjögren. Es un procedimiento menos utilizado en la práctica clínica diaria, para ello, será necesaria la inoculación de un contraste (generalmente yodo), con objeto de visualizar la permeabilidad de los conductos, con radiografías seriadas.<sup>3, 13,26</sup>



### Gammagrafía salivar

Es un procedimiento habitual para el estudio de la función de las glándulas salivares, se realiza con Tecnecio 99m (99m Tc) en forma de ión pertechnetato. Son las glándulas parótida y submandibular las únicas capaces de captar este ión en forma suficiente, para permitir su visualización, por tanto las glándulas sublinguales y salivares menores no se verán visibles con esta técnica. La gammagrafía suele realizarse en ayunas para evitar la estimulación de la masticación. Se administra una dosis intravenosa de 99mTc pertechnetato de 10 milicurios. Así podremos valorar el grado o severidad de la disfunción, el estudio presenta tres etapas: vascular, de concentración y secretora.<sup>26</sup>

### Biopsia de glándulas salivales menores

La biopsia de glándulas salivares menores continúa siendo un examen altamente específico para el diagnóstico del síndrome de Sjögren. Denominan a la biopsia como la „piedra angular“ en el diagnóstico de esta patología, representa un procedimiento sencillo. Previa infiltración anestésica local del labio inferior, se procederá a la realización de una pequeña incisión sobre la mucosa labial, generalmente entre la línea media del labio y su comisura, para a continuación diseccionar las glándulas salivares menores.<sup>26</sup> (fig.7)



Figura 7. Biopsia de Glándulas Salivares menores.  
Fuente: Síndrome de Sjögren, enfoque Odontológico sobre su diagnóstico, manejo y pronóstico 2015.

Otra variante de biopsia es la basada en la punción glandular, la cual constituye otra de las posibles vías de valoración del estado glandular. El hallazgo de anticuerpos específicos y datos histopatológicos en la biopsia son indispensables para llegar al diagnóstico de síndrome de Sjögren. El criterio compatible es la presencia de sialoadenitis linfocítica, que requiere de al menos un agregado (“focus score”  $\geq 1$ ) de al menos 50 células inflamatorias o más de linfocitos, células plasmáticas o macrófagos en una superficie de 4 mm<sup>2</sup> de glándula salivar (un foco).<sup>26,27</sup>

#### 5.11 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Son múltiples factores, como la edad o la deshidratación que pueden ocasionar sequedad. También es importante investigar sobre la posible influencia de fármacos que con mucha frecuencia producen sequedad, como los antihistamínicos, antihipertensivos, diuréticos, miorelajantes, psicofármacos, entre otros. Mediante las diferentes pruebas diagnósticas ya mencionadas, deberá



diferenciarse las enfermedades sistémicas que se asemejen al síndrome, como:

- Infecciones virales (VEB, parotiditis, VIH)
- Enfermedades injerto contra huésped
- Alteraciones metabólicas
- Linfoma primario
- Sialoadenitis
- Sialolitiasis
- Neoplasias benignas y malignas. <sup>28</sup>

#### 5.12 TRATAMIENTO

El Síndrome de Sjögren requiere de un tratamiento para toda la vida, muchas veces insatisfactorio para el paciente. Debido a su carácter crónico y a las características clínicas asociadas a la sequedad de mucosas, la enfermedad tiene un efecto adverso sobre la calidad de vida de quienes la padecen, por lo tanto es por eso que los tratamientos para contrarrestar los síntomas deben considerar necesariamente, su efectividad para aliviar los síntomas por un periodo largo de tiempo y evitar al máximo los efectos secundarios adversos al organismo <sup>2,13,29</sup>.

Sustitutos de Saliva.

La hidratación de la mucosa bucal con sustitutos de saliva artificial muestra alivio para el paciente. De forma general, se utilizan el agua y la leche. Dentro de los que se encuentran bajo prescripción médica, los más utilizados como saliva artificial pueden ser categorizados de acuerdo a sus componentes, ya sea glicerina y limón o carboximetilcelulosa y mucina; la desventaja principal de



**Manifestaciones Bucales del síndrome de Sjögren en  
pacientes de la Unidad de Patología Bucal en la FES Zaragoza.  
Reporte de dos Casos Clínicos.**

---



estos productos es su corto periodo de duración de acción. Existen sustitutos salivales como (Biotene, Oralbalance y Xerostom) que son sistemas enzimáticos que contienen lactoperoxidasa, lisosimas y glucosa oxidasa, así como lactoferrina, las cuales actúan penetrando la pared celular de las bacterias que conforman la placa, ayudando a mantener un balance en la salud bucal; también proporcionan humedad a la mucosa bucal permitiendo una sensación de alivio en la sintomatología del paciente y ayudándolo a su vez a la deglución y fonación.<sup>2, 29,30</sup>

Estimuladores de secreción salival.

Estos nos ayudaran a la producción del flujo salival a través de sus efectos colinérgicos a nivel celular en los acinos funcionales de las glándulas salivales, entre ellos:<sup>31</sup>

Pilocarpina

Este alcaloide causa la estimulación farmacológica de las glándulas exocrinas lo que permite una mejoría de los síntomas de la xerostomía y un incremento en el flujo salival. A causa de los resultados observados, la pilocarpina es uno de los medicamentos sialogénicos más ampliamente estudiados, siendo el primero aprobado por el Comité de Administración de Medicamentos y Alimentos para el tratamiento de este padecimiento en pacientes con síndrome de Sjögren. La dosis usual para este medicamento es de 5 a 10 mg, una hora antes de los alimentos, alcanzando su acción a los treinta minutos de la toma y permaneciendo su efecto entre dos a tres horas posteriores, tras seis meses de tratamiento con la pilocarpina la mayor mejoría se presenta a nivel del área



**Manifestaciones Bucales del síndrome de Sjögren en  
pacientes de la Unidad de Patología Bucal en la FES Zaragoza.  
Reporte de dos Casos Clínicos.**

---



orofaríngea. Dentro de sus efectos secundarios o colaterales adversos se incluyen aquéllos de todos los medicamentos colinérgicos, como son malestar gastrointestinal, sudoración, taquicardia, bradicardia, secreciones pulmonares y visión borrosa.  
2, 29,30

### Cevimelina

Agonista colinérgico que se une a los receptores muscarínicos, estimulando al tejido glandular remanente; se ha reportado que presenta mayor afinidad a estos receptores que la pilocarpina, más no existen estudios completos sobre este medicamento. De forma general, se dice que está contraindicado en pacientes con asma no controlada y glaucoma, puede causar náuseas, diarrea y sinusitis.<sup>29, 31</sup>

Aun llevando acabo su tratamiento con fármacos estos pacientes deben tener en cuenta medidas básicas para aliviar los síntomas y limitar las lesiones resultantes de la xerostomía.<sup>32</sup>

Deben ingerir abundantes líquidos (de 8 a 10 vasos de agua) especialmente fríos, evitar lo dulce, masticar chicle sin azúcar, ingerir alimentos que requieren una función masticatoria más enérgica como la zanahoria, consumir leche en las comidas ya que esta humedece y lubrica la mucosa ayudando a la deglución, evitar los hábitos tóxicos que agravan el proceso como alcohol, tabaco inhalado o masticado, café, té o bebidas con extractos de cola.<sup>33, 34, 35</sup>

Así mismo deben evitar lugares cerrados y de altas temperaturas emplear el uso de gafas. Estos pacientes deben tener cuidado bucal, su cepillado tres veces al día uso de hilo dental,





**Manifestaciones Bucales del síndrome de Sjögren en  
pacientes de la Unidad de Patología Bucal en la FES Zaragoza.  
Reporte de dos Casos Clínicos.**

---



antisépticos orales como la clorhexidina, revisiones periódicas con su odontólogo para saneamiento básico y de ser necesario rehabilitación protésica y prevención de alguna patología.<sup>36, 37,38</sup>

Actualmente no existe un tratamiento como tal para este síndrome que pueda limitar el daño glandular. Por lo que el tratamiento está orientado a aliviar la sintomatología local y sistémica.<sup>39,40.</sup>



# **6. CASOS CLÍNICOS**



## 6.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO 1



- Nombre: CCM.
- Sexo: Femenino.
- Edad: 53 años.
- Ocupación:  
Ama de casa.
- Escolaridad:  
Primaria.
- Derechohabiente:  
IMSS.
- Estado civil:  
Casada

**Motivo de consulta:** La paciente se presenta a consulta por referir “hinchazón y dolor en mejillas”

### **Antecedentes heredofamiliares:**

- Madre finada por problemas cardiacos.
- Padre y abuela con diabetes mellitus 2.

### **Antecedentes personales patológicos:**

- Paciente refirió presentar cefalea diaria desde hace 3 meses asociándola a los dolores en el área parotídea.
- Refiere haber presentado en la niñez varicela, sarampión, amigdalitis y hace 4 años presentó lodo biliar.



**Antecedentes personales no patológicos:**

- Come 3 veces al día con dieta balanceada, lavándose los dientes 2 veces al día (por la mañana y por la noche) casa con todos los servicios intradomiciliarios sin riesgos ambientales.

**Padecimiento actual:**

- Hace 4 años la paciente inició con sequedad en la boca que se agravó hace 2 años y además presenta aumento de volumen en región parotídea bilateral y dolor parotídeo, dificultad para formar bolo alimenticio y no soporta irritantes como chile y cítricos. Para mantener humectada la boca necesita chicles e ingerir agua constantemente. Llega a valoración refiriendo sensación arenosa y pegajosa en los ojos.

**Exploración física:**

- Extraoral: Aumento bilateral de parótidas sin dolor a la palpación, presentando resequedad en labios, ojos, uñas quebradizas y piel reseca.
- Intraoral: Hiposalivación, lengua fisurada, queilitis angular y gingivitis, mucositis, paladar rojo asociado a una posible candidiasis y caries de 2do grado.



Figura 8. Inflamación bilateral región parotídea y resequedad en los labios.  
Fuente: Directa.

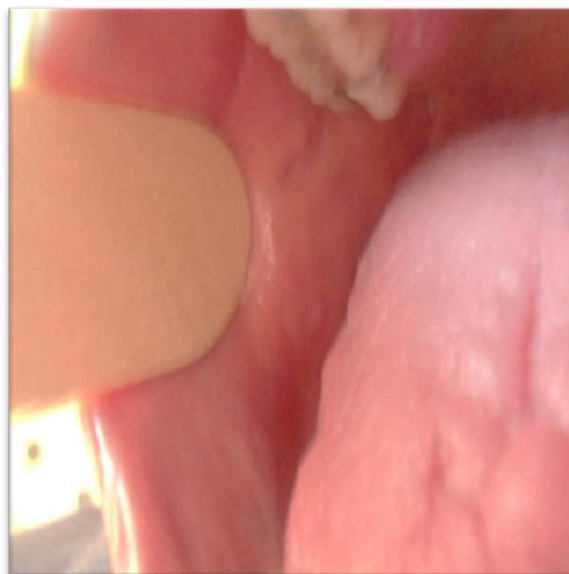


Figura 9. Mucositis.  
Fuente: Directa



Figura 10. Lengua Fisurada.  
Fuente: Directa



Figura 11. Hiperemia conjuntival, sequedad ocular  
(Xeroftalmia).

Fuente: Directa.

**Impresión diagnóstica:**

- Síndrome de Sjögren.

**Diagnóstico:**

- Se realizó el test de Schimmer, posteriormente se realizó una biopsia de glándulas salivales menores del labio inferior y se confirma el diagnóstico de síndrome de Sjögren. (Anexo 1).



Figura 12. Test de Schimmer.

Fuente: Directa.

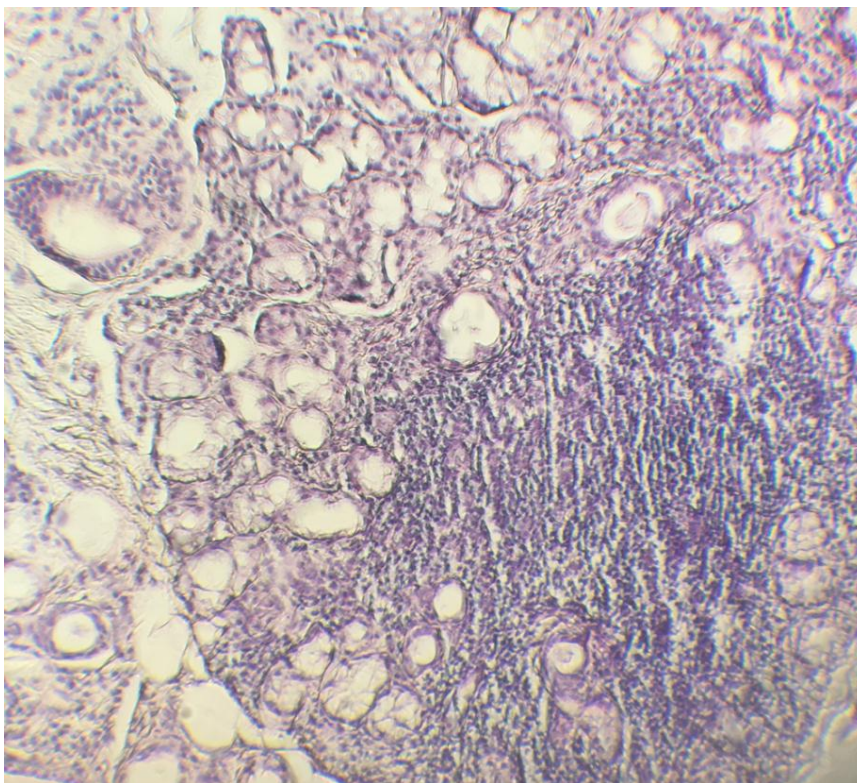


Figura 13. Imagen histopatológica se observa infiltrado linfocitario y conductos glandulares.

Fuente: Directa.

**Pronóstico:**

- Favorable.

**Tratamiento:**

• **FASE I HIGIENIZACIÓN:**

Profilaxis.

Técnica de cepillado.

Sustitutos salivales.

- Sustituto salival (Viarden): Frasco atomizador de 250 ml, administrar en la cavidad bucal las veces que sean necesarias durante el día.

• **FASE II QUIRÚRGICA:**

Biopsia de glándulas salivales menores.



**Manifestaciones Bucales del síndrome de Sjögren en  
pacientes de la Unidad de Patología Bucal en la FES Zaragoza.  
Reporte de dos Casos Clínicos.**

---

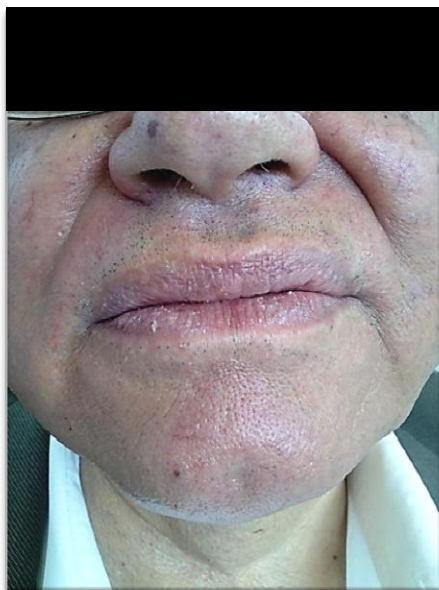


- **FASE III REHABILITATORIA:**  
No Requerida.
- **FASE IV MANTENIMIENTO:**  
Se remitió al paciente a interconsulta con el médico correspondiente, queda con cita abierta en el servicio de patología bucal, manteniendo el empleo de sustitutos salivales, evitar irritantes (alcohol, tabaco y alimentos condimentados) y abundante ingesta de líquidos.





## 6.2 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO 2



- Nombre: DMF.
- Sexo: Masculino.
- Edad: 69 años
- Ocupación:  
Músico.
- Escolaridad:  
Primaria.
- Derechohabiente:  
Seguro popular.
- Estado civil:  
Casado

**Motivo de consulta:** El paciente se presenta a consulta por referir “Ardor en la lengua a causa de unas placas blancas”

### **Antecedentes heredofamiliares:**

- Madre padece hipertensión arterial.
- Padre desconoce.

### **Antecedentes personales patológicos:**

- Hace ocho años fue diagnosticado con síndrome de Sjögren e hipertensión , hace dos presentó un cuadro de candidiasis el cual volvió aparecer hace un mes agravándose también la xerostomía, glosopirosis y sensación de arena en los ojos además de dolores articulares y piel seca.



### Antecedentes personales no patológicos:

- Come 2 veces al día con dieta balanceada, lavándose los dientes dos veces al día, vive en casa rentada cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, adecuada ventilación y sin riesgos ambientales.

### Padecimiento actual:

- El paciente refiere presentar xerostomía, glosopirosis y glosodinea desde hace 1 mes, así como artralgia y acufenos.
- Necesita beber abundantes líquidos para poder quitarse la sensación de boca seca ya que también le cuesta trabajo formar el bolo alimenticio (masticar), ingerir los alimentos (deglutir) y para hablar (fonación) y no soporta los irritantes y presenta reflujo (pirosis).

### Exploración física:

- Extraoral: Aumento bilateral de parótidas sin dolor a la palpación, presentando resequeidad en labios, ojos y piel.
- Intraoral: Hiposalivación, lengua fisurada, queilitis angular y placas blancas en lengua que despenden al raspado, periodontitis generalizada y caries de 2do y 3er grado.



Figura 14. Resequeidad en labios.  
Fuente: Directa



Figura 15. Candidiasis en dorso y borde lateral de la lengua.  
Fuente: Directa.



Figura 16. Múltiples lesiones cariosas e inflamación gingival.  
Fuente: Directa.



Figura 17. Queilitis angular.  
Fuente: Directa.



Figura 18. Mucositis.  
Fuente: Directa.

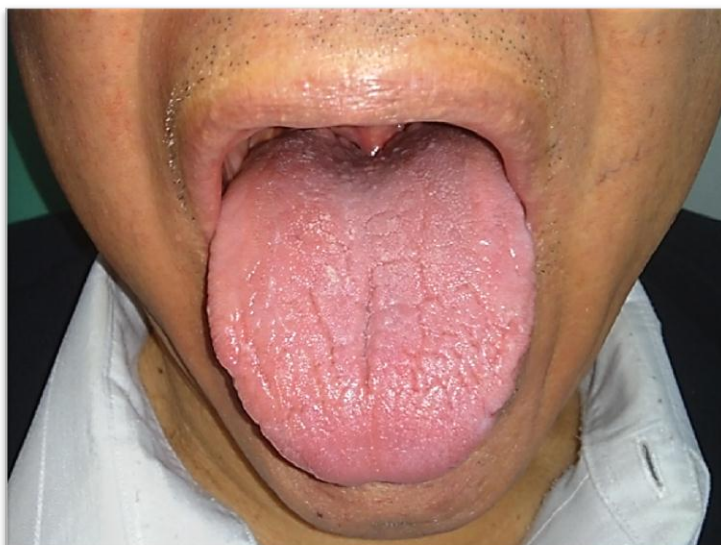


Figura 19. Lengua fisurada, ya no hay presencia de candidiasis.  
Post tratamiento antimicótico.  
Fuente: Directa.



Figura 20. Lengua atrófica roja y lisa.  
Fuente: Directa.



**Manifestaciones Bucales del síndrome de Sjögren en  
pacientes de la Unidad de Patología Bucal en la FES Zaragoza.  
Reporte de dos Casos Clínicos.**



Figura 21. Inflamación bilateral en región parotídea.  
Fuente: Directa.

**Diagnóstico:**

- Síndrome de Sjögren.

**Pronóstico:**

- Favorable.

**Tratamiento:**

De acuerdo a la exploración y con los antecedentes el tratamiento a seguir de este paciente fue:

- **FASE I HIGIENIZACIÓN:**

Profilaxis

Técnica de cepillado.

Empleo de sustitutos salivales.

- Sustituto salival (Viarden): Frasco atomizador de 250 ml, administrar en la cavidad bucal las veces que sean necesarias durante el día.



Antimicóticos.

- Nistatina de 100 000 UI, administración tópica, colocar sobre el dorso de la lengua y dejar disolver 1 óvulo por la mañana y otro por la noche, durante dos semanas.

- **FASE II QUIRÚRGICA:**

No Requerida.

- **FASE III REHABILITATORIA:**

No requerida.

- **FASE IV MANTENIMIENTO:**

El paciente mejoró notoriamente, refirió que podía deglutir sin molestia al igual que para hablar, los labios se encuentran hidratados, ya no hay presencia de queilitis angular, pero aún persiste el aumento de volumen en región parotídea. Se le dan indicaciones generales como seguir con el empleo de los sustitutos salivales, abundante ingesta de líquidos, evitar los irritantes (alcohol, tabaco y alimentos condimentados), queda con cita abierta en el servicio de Patología Bucal.



## 7. MATERIAL Y METODOS

### Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo.

n = 2.

### Recursos

#### Humanos

- Pasante del servicio social, Yesica Gabriela Hernández López.
- Pacientes de la Unidad de Patología Bucal de la FES Zaragoza.
- Directora de tesis Dra. Rosa Diana Hernández Palacios.
- Asesora de tesis Esp. Grisel Alicia Corona González.

#### Físicos

- Unidad de Patología Bucal de la FES Zaragoza.
- Biblioteca de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza Campus I.
- Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

#### Materiales

- Unidad dental.
- Historias clínicas y diagnósticos histopatológicos de la Unidad de Patología. Anexo 2.
- Instrumental (Básico 1x4).
- Uniforme de pasante.
- Barreras de protección (guantes, cubrebocas, algodón, abatelenguas y lentes).
- Papelería (lápiz, goma, pluma y hojas).
- Computadora e impresora.





## **8. CONCLUSIÓN**

El síndrome de Sjögren es una de las enfermedades autoinmunes más frecuentes que no es diagnosticada de manera oportuna por lo que el paciente presenta complicaciones bucales como xerostomía, enfermedad periodontal, candidiasis, queilitis angular, y halitosis.

El manejo de los pacientes con Síndrome de Sjögren debe ser interdisciplinario.

Es de suma importancia que el Cirujano Dentista pueda identificar las manifestaciones bucales, así como tener presente la triada de esta patología (xerostomía, xeroftalmia y artritis) para realizar un diagnóstico precoz y certero con la ayuda de auxiliares de diagnóstico.

En el servicio de Patología Bucal en la FES Zaragoza, se les brindó atención a dos pacientes con síndrome de Sjögren, cuyo diagnóstico había sido retardado.

El tratamiento bucal de los pacientes con síndrome de Sjögren permite evitar complicaciones y mejorar su calidad de vida.



## **9. PROPUESTAS**

- Difundir en los profesionales en formación, los criterios para el diagnóstico oportuno del síndrome de Sjögren sobre todo en el aspecto bucal sin dejar a un lado lo sistémico.
- Se sugiere realizar más estudios de incidencia y prevalencia en México de dicho síndrome.
- Realizar rotaciones hospitalarias para reforzar los conocimientos de entidades autoinmunes.



## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Martínez L. Reyes P. Síndrome de Sjögren. Revista Cubana de Medicina. 2010; 49 (2): 62-63.
2. Valle M. Síndrome de Sjögren. Medicine. 2009; 10 (29): 1942-1943.
3. Calvo E, Fernández S. Síndrome de Sjögren; Reumatología Hospital Infantil Sofía. 2011;6 (4): 53-55.
4. Corominas H, Fíguls R, Riera M. Síndrome de Sjögren. Reumatología Clínica. 2008; 4: 23-24.
5. Sturla G, Romo F, Torres-Quintanilla A. Manejo clínico odontológico integral del paciente con síndrome de Sjögren: Una propuesta. Avances en Odontoestomatología. 2014. 30; (4): 206-207.
6. Rivera H, Valero L, Escalona L, Rojas- SF, Ríos M.P. Manejo multidisciplinario del paciente diagnosticado con el Síndrome de Sjögren. Acta Odontológica Venezuela. 2009; 47 (3): 2-3.
7. Abordaje diagnóstico, tratamiento y seguimiento del síndrome de Sjögren primario. México Secretaria de Salud 2010. [www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html)
8. Zazzetti F, et al. Frecuencia de manifestaciones sistémicas en pacientes con síndrome de Sjögren primario en Argentina. Reumatología Clínica.2010. 6 (6): 300- 302.
9. Mancera N, Piña Y, López C. Frecuencia de síndrome de Sjögren en pacientes con hiposalivación. ADM. 2012; 69(6): 283-285.



- 10.** Toledo-Rojas R; et al. Síndrome de Sjögren y fracaso renal agudo tras cirugía oral. *Rev Nefrología*. 2010; 30 (4): 467.
- 11.** Plaza UM, Soto CA, Ramírez AM, Ruiz GA, Uehara N, Huerta CA. Tratamiento interdisciplinario en un paciente con síndrome de Sjögren. Reporte de caso. *Revista Mexicana Periodontología*. 2013; 4(1) 24-25.
- 12.** Chaparro GN, Méndez VP, Rodríguez RC, Rojas-Morales T. Parotiditis Crónica Recurrente o Síndrome de Sjögren Primario Juvenil. Reporte de un Caso. *Revista Chilena Pediatría*. 2009; 80(4): 362- 363.
- 13.** Medina-Gutti. Prevalencia de síndrome de Sjögren en pacientes diagnosticados mediante biopsias de glándulas salivales menores en el servicio de estomatología quirúrgica del hospital nacional arzobispo Loayza en el periodo 2008 al 2012. Perú. (Tesis Cirujano Dentista). 2012.
- 14.** Díaz PS, Velásquez FC, Pinto PL, Márquez DJ. Síndrome de Sjögren: revisión clínica con énfasis en las manifestaciones dermatológicas. *Revista Colombiana Reumatología*. 2008; 16(1): 36-37.
- 15.** Fernández M. Síndrome de Sjögren. *Medicine*. 2013; 11(30): 1865- 1873.
- 16.** Valenzuela L, Pinto C, Mandiola C, Silberman L, Rodríguez N, Wormann P. Compromiso del sistema nervioso en el Síndrome de Sjögren Primario. *Reumatología*. 2006; 22(4): 157.



- 17.** Caballero-Güeto J, Rodríguez-Paiz C, Caballero Güeto F, Ulecia-Martínez M. Miocardiopatía severa reversible en el síndrome de Sjögren primario. *Revista Española Cardiología*. 2007; 60(3): 329-327.
- 18.** Gómez J, Senabre G, Santos R. Manejo de las manifestaciones extraglandulares del síndrome de Sjögren primario. *Reumatología Clínica*. 2010; 6(S2): 6-7.
- 19.** Carrión B, Otero R. Patología oral asociada a la sequedad bucal. *Avances Odontostomatología*. 2014; 30(3): 129-131.
- 20.** Troya E, Martínez J, Padilla E, Rodríguez Y. Consideraciones actuales sobre la xerostomía o síndrome de boca seca. *Revista Médica*. 2014; 36(5): 588-590.
- 21.** Añez E, Rojas M, Calleja J, Navas R. Candidiasis Bucal: “Una revisión sistemática de las prueba de laboratorio”. *Acta Odontológica*. 2009; 47(3): 2-3.
- 22.** Rojo B, Espinosa F, Castro A. Prevalencia, severidad y extensión de periodontitis crónica. 2011; 15(1): 31-33.
- 23.** Fernández-Carballido C, et al. Síndrome de Sjögren. *Revista Sociedad Reumatología*. 2007; 2 (3): 25-33.
- 24.** León T, Camejo O, Chaucañés M, Bolaños A. Un acercamiento al Síndrome de Sjögren a través de un caso clínico:” secando el desconocimiento. *Clinical Practice Rheumatology*. 2006; 2 (5): 38-40.
- 25.** Ramos- Casals M, García- Carrasco M, Gil V, Claver G. El síndrome de Sjögren. *Jan*. 2003; 65 (142): 29-31.
- 26.** González E, Aguilar M, Guisado R, Tristán J, García A, Álvarez J. Xerostomía: Diagnóstico y Manejo Clínico. *Revista Clínica Médica*. 2009; 2 (6): 301-303.



27. Santiago M, Et al. Frecuencia de complicaciones y rédito de la biopsia de glándula salival menor. *Reumatología Clínica*. 2012; 8 (5): 255-256.
28. Fierro T, Oropeza R, Cruz B, Aldape B. Auxiliares de diagnóstico para alteraciones de glándulas salivales. *Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial*. 2010; 6 (3): 89-90.
29. Chapa A, Garza S, Garza E, Martínez S. Hiposalivación y xerostomía; diagnóstico, modalidades de tratamiento en la actualidad: Aplicación de neuroelectroestimulación. *Revista Mexicana Periodontología*. 2012; 3 (1): 39-41.
30. Salas E, Estrugo D, Ayuso M, López L. Tratamiento de la boca seca. Nuevas tendencias. *Avances Odontoestomatología*. 2014; 30 (3): 135-137.
31. Malchiodialbedi G. La Xerostomía en el síndrome de Sjögren. Tratamientos paliativos. Revisión bibliográfica actualizada. *Acta Odontológica Venezolana*. 2007; 45(2): 3-5.
32. Martín M, López M, Cerezo L. Xerostomía postradioterapia. Eficacia de tratamientos tópicos basados en aceite de oliva, betaína y xilitol. *Avances Odontoestomatología*. 2014; 30(3):162-164.
33. Álvarez A. Síndrome de Sjögren, enfoque Odontológico sobre su diagnóstico, manejo y pronóstico. México. (Tesis Cirujano Dentista) 2015.
34. MacSween. *Patología de Muir*. 13a ed. Inglaterra: Interamericana; 1995. P 556. 1010.



- 35.** Ladino M, Gasitulli A, Campos X. Síndrome de Sjögren. Caso clínico. Revista Chilena de Pediatría. 2015; 86 (1): 47-51.
- 36.** Saldarriaga L, Ventura L, Hernández C, Pineda C. Evaluación ecográfica de la glándula salival: utilidad y diagnóstico en el síndrome de Sjögren. Revista Cubana Reumatología. 2015; 17 (2) :178- 181.
- 37.** González V. Consideraciones en la rehabilitación protésica en pacientes con síndrome de Sjögren. México. (Tesis Cirujano Dentista) 2011.
- 38.** Díez C, Lema J, Álvarez N. Aspectos actuales del Síndrome de Sjögren: Etiopatogenia, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento. Seminarios de la fundación española de Reumatología. 2010; 11(2): 70-76.
- 39.** Valim V, et al. Recomendaciones para el tratamiento del Síndrome de Sjögren. Revista Brasileña. 2015; 55 (5): 446-457.
- 40.** López R, Fernández M, Hernández G. Afectación oral en el paciente con Síndrome de Sjögren primario. Manejo multidisciplinar entre odontólogos y reumatólogos. Reumatología Clínica. 2015: 387- 394.



# 11. ANEXOS





**Manifestaciones Bucales del síndrome de Sjögren en  
pacientes de la Unidad de Patología Bucal en la FES Zaragoza.  
Reporte de dos Casos Clínicos.**



**Anexo No.1**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
UNIDAD DE PATOLOGIA BUCAL.



NOMBRE DEL PACIENTE: CCM  
EDAD: 53 años  
GÉNERO: FEMENINO  
TIPO DE BIOPSIA: INCISIONAL  
DIAGNÓSTICO CLÍNICO: SINDROME DE SJÖGREN

**DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA:**

Se reciben múltiples fragmentos de color beige, consistencia blanda, forma y superficie irregular, en conjunto miden 1.4x0.5x0.3 cm. Se incluye totalmente en una cápsula.

**DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA:**

Se analiza corte histológico de glándula salival menor. Encontrando acinos glandulares mixtos de predominio mucoso, en los cuales se observó infiltrado linfocitario profuso que reemplaza al parénquima acinar y respetando los conductos salivares; los cuales se ven sialectásicos y de contenido de mucina. En otra sección del corte se observa acinos glandulares del mismo tipo pero sin daño antes mencionado, los cuales se encuentran septados por tejido colágeno laxo y tejido adiposo. Dichos tejidos carecen por completo de infiltrado inflamatorio. Acompañado al tejido afectado se observan islas de tejido muscular estriado y adiposo sin anomalías.

**DIAGNÓSTICO:**

**DATOS HISTOPATOLOGICOS COMPATIBLES CON SÍNDROME DE  
SJÖGREN**

**Responsable del Diagnóstico Histopatológico de la  
Unidad de Patología Bucal.**



**Manifestaciones Bucales del síndrome de Sjögren en  
pacientes de la Unidad de Patología Bucal en la FES Zaragoza.  
Reporte de dos Casos Clínicos.**



**Anexo No.2**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA  
EXPEDIENTE DE PATOLOGÍA BUCAL**



**N° DE EXPEDIENTE: PBZ/VACIO/2014**

**NOMBRE: CCM.**

**EDAD: 53 AÑOS.   FECHA DE NACIMIENTO: 25 / 11 / 61.**

**DOMICILIO: XXXXX.                   TELÉFONO: XXXXX**

**OCUPACIÓN: AMA DE CASA.**

**ESCOLARIDAD: PRIMARIA.**

**ESTADO CIVIL: CASADA.**

**MOTIVO DE INTERCONSULTA:**

La paciente se presenta a consulta por referir “hinchazón y dolor en mejillas”

**ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:**

Madre finada por problemas cardiacos.

Padre y abuela paterna fallecida por complicaciones de diabetes.

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:**

Paciente refiere presentar cefalea diaria desde hace 3 meses asociándola a los dolores en el área parotídea.

Refiere haber presentado en la niñez varicela, sarampión, amigdalitis y hace 4 años presento lodo biliar.

**ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:**

Come 3 veces al día con dieta balanceada, lavándose los dientes 2 veces al día (por la mañana y por la noche) casa con todos los servicios intradomiciliarios sin riesgos ambientales.

**PADECIMIENTO ACTUAL:**

Hace 4 años la paciente comenzó con resequedad en la boca que se agravó en 2 años y con aumento de volumen en región parotídea bilateral. Para mantener humectada la boca necesita chicles y/o agua constantemente. Llega a valoración refiriendo sensación arenosa pegajosa en los ojos dificultad para formar bolo alimenticio y no soporta irritantes como chile y cítricos, dolor parotídeo bilateral, uñas quebradizas y piel reseca.

**EXPLORACIÓN FÍSICA:**

Extraoral: Aumento bilateral de parótidas sin dolor a la palpación, presentando resequedad en labios, ojos y piel.

Intraoral: Xerostomía, lengua fisurada, queilitis angular y placas blancas en lengua que dependen al raspado, periodontitis generalizada, paladar rojo asociado a una posible micosis y caries de 2do y 3er grado.

**LUGAR DE ENVÍO DE LA INTERCONSULTA:**

Clínica (X)   Especifique: Zaragoza

Centro de salud u hospital ( )   Especifique:                   Consultorio privado ( )



**Manifestaciones Bucales del síndrome de Sjögren en  
pacientes de la Unidad de Patología Bucal en la FES Zaragoza.  
Reporte de dos Casos Clínicos.**



**MARQUE CON COLOR ROJO EL SITIO DE LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN**



**IMAGEN CLÍNICA:** XXXXX.

**DESCRIPCIÓN IMAGENOLÓGICA DE LA LESIÓN:**

Radiolúcida ( )                      Radio-opaca ( )                      Mixta ( )  
Unilocular ( )                      Multilocular ( )  
Bordes definidos ( )                      Bordes difusos ( )

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:**

Posible Síndrome de Sjögren

**BIOPSIA:**

Incisional (X)                      Escisional ( )                      BAAF ( )

**AUXILIARES DE LABORATORIO Y GABINETE:** XXXXX.

**DIAGNÓSTICO:**

Se realiza biopsia en el labio inferior a la cual se le hizo un estudio histopatológico y se confirma el diagnóstico de síndrome de Sjögren.

**PRONÓSTICO:**

Favorable.

**TRATAMIENTO Y/O TERAPÉUTICA EMPLEADO:**

Sustitutos salivales.

Se remitió al paciente con el su médico correspondiente, sin embargo la paciente ya no acudió a sus citas posteriores.

**PROGRAMACIÓN DE PROCEDIMIENTO (LUGAR, FECHA Y HORA):**

Consultorio privado.

**OBSERVACIONES:**

**NOTAS DE EVOLUCIÓN:**



**Manifestaciones Bucales del síndrome de Sjögren en  
pacientes de la Unidad de Patología Bucal en la FES Zaragoza.  
Reporte de dos Casos Clínicos.**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA  
EXPEDIENTE DE PATOLOGÍA BUCAL**



**N° DE EXPEDIENTE: PBZ/VACIO/2015**

**NOMBRE:** DMF  
**EDAD:** 69 AÑOS    **FECHA DE NACIMIENTO:** 24/ 05/ 46.  
**DOMICILIO:** XXXXXX    **TELÉFONO:** XXXXX  
**OCUPACIÓN:** MUSICO.  
**ESCOLARIDAD:** PRIMARIA.  
**ESTADO CIVIL:** CASADO.

**MOTIVO DE INTERCONSULTA:**

El paciente se presenta a consulta por referir “Ardor en la lengua a causa de unas placas blancas”

**ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:**

Madre padece hipertensión arterial.  
Padre desconoce.

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:**

Paciente refiere presentar xerostomía, glosopirosis y glosodinea desde hace 1 mes, así como artralgia y acufenos.

Paciente hipertenso, refiere que fue diagnosticado con síndrome de Sjögren hace ocho años, y hace dos presento candida albicans.

**ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:**

Come 2 veces al día con dieta balanceada, lavándose los dientes dos veces al día, vive en casa rentada cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, adecuada ventilación y sin riesgos ambientales.

**PADECIMIENTO ACTUAL:**

Hace ocho años fue diagnosticado con síndrome de Sjögren, hace dos presentó un cuadro de candida y desde hace un mes presentó xerostomía, glosopirosis y sensación de arena en los ojos además de dolores articulares. Necesita beber abundantes líquidos para poder quitarse la sensación de boca seca ya que también le cuesta trabajo hablar refiere presentar malestar en la orofaringe.

**EXPLORACIÓN FÍSICA:**

Extraoral: Aumento bilateral de parótidas sin dolor a la palpación, presentando resequedad en labios, ojos y piel.

Intraoral: Xerostomía, lengua fisurada, queilitis angular y placas blancas en lengua que dependen al raspado, periodontitis generalizada y caries de 2do y 3er grado.

**LUGAR DE ENVÍO DE LA INTERCONSULTA:**

Clínica ( X )    Especifique: Zaragoza  
 Centro de salud u hospital ( )    Especifique:                      Consultorio privado ( )

