



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MANIFESTACIONES ORALES EN PACIENTES CON
SÍNDROME DE SJÖGREN. REPORTE DE CASO
CLÍNICO.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

KAREN MARIAN GONZÁLEZ AMARO

TUTORA: C.D. MARÍA EUGENIA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

VoBo
[Firma]



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.

A Dios por permitirme llegar hasta aquí.

A mi madre Estela, ya que sin ella no lo hubiera logrado.

A mi hija Emily, que es un impulso para seguir adelante.

A mi hermana Elizabeth, la siempre me hace reír.

A mi mejor amiga Viridiana por siempre estar cuando más la necesito.

A mi prima Angélica que siempre ha sido un ejemplo a seguir.

A mi tutora C. D. María Eugenia Rodríguez por la paciencia al acompañarme en este proyecto.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y Facultad de Odontología por brindarme esta oportunidad y enorme privilegio.

Y a todos los que nunca dejaron de confiar en mí y me dieron una palabra de apoyo y ánimo en este proceso.

Índice:

- 1. Objetivo.**
- 2. Introducción.**
- 3. Síndrome de Sjögren.**
 - Primario.
 - Secundario.
- 4. Etiología.**
 - Factores de riesgo.
- 5. Auxiliares de diagnóstico.**
 - Pruebas de laboratorio.
 - Pruebas clínicas.
 - Diagnósticos diferenciales.
- 6. Manifestaciones bucales.**
 - Internas
 - Externas
- 7. Tratamiento.**
- 8. Reporte del caso.**
- 9. Conclusiones.**
- 10. Referencias bibliográficas.**
- 11. Anexos.**

1. Objetivo:

La finalidad de este trabajo es saber cómo diagnosticar el Síndrome de Sjögren y reconocer sus principales manifestaciones orales, ayudándose de estudios de laboratorio para poder llevar a el paciente a una mejor calidad de vida y así poder tener un control sobre este síndrome.

1. Introducción:

El sistema inmune se caracteriza por un sistema de defensa contra virus, hongos, bacterias, etcétera que ingresan al organismo en un estado de salud. En nuestro cuerpo al hablar de una enfermedad autoinmune las células de defensa actúan de manera contraria, generando o evitando la apoptosis celular.

Existen diferentes enfermedades autoinmunes que afectan el sistema conectivo que al relacionarse con el Síndrome de Sjögren éste ya se reconoce como un nivel secundario, dando los primeros signos en cavidad oral, cómo por ejemplo:

- Artritis reumatoide (AR). “se caracteriza por la inflamación articular, se puede generar daño en cartílago y resorción ósea. Se asocia a el Síndrome de Sjögren debido a la presencia de sinovitis, dónde se genera infiltración y acumulación de células del sistema inmune y moléculas proinflamatorias en la membrana sinovial.”¹
- Esclerosis sistémica (SSc). se da una sobreproducción de colágeno dañando tejidos y órganos cercanos.
- Dermatomiositis: se caracteriza por inflamación en áreas musculares principalmente, pudiendo afectar otros órganos.
- Lupus eritematoso sistémico (LES). se reconoce por actuar en contra de tejidos principalmente piel, pudiendo afectar otros órganos se caracteriza por la producción de anticuerpos.

1. Síndrome de Sjögren (SS)

El Síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad sistémica autoinmunitaria multifactorial afectando principalmente las glándulas de secreción interna y externa, “En la cavidad oral drenan tres glándulas mayores: parótida, submandibular y sublingual, también numerosas glándulas salivales mucosas menores que se distribuyen por toda la cavidad oral a excepción del dorso de la lengua y encía”.² esta enfermedad se reconoce por su prevalencia en adultos mayores “con mayor número en mujeres en relación de 10:1 (mujer:hombre)” y en mínimo porcentaje en personas jóvenes.³

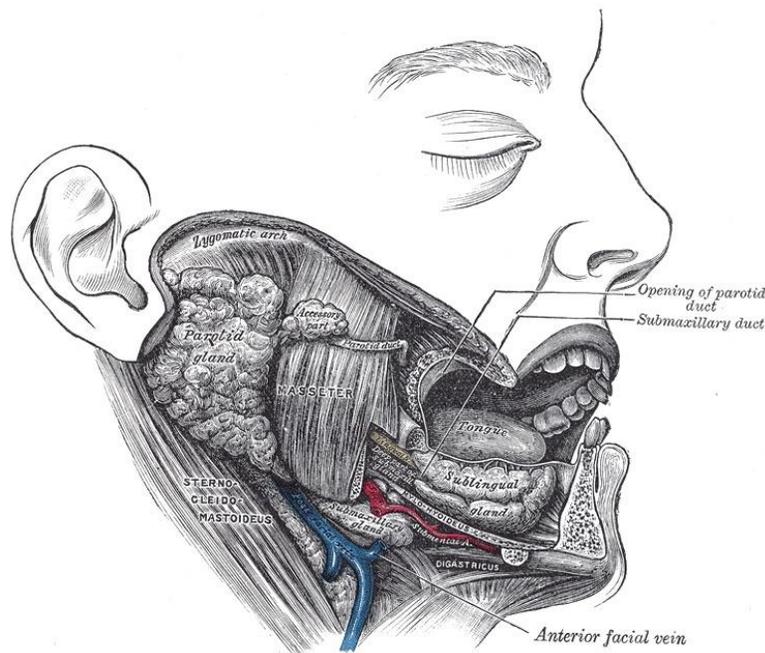


Figura 1. Disección de la boca, mostrando las glándulas salivales del lado derecho.

4

Existen factores de riesgo que pueden desencadenar el Síndrome de Sjögren o desarrollarlo a una edad más temprana si este se encuentra dentro de la genética familiar, uno de los más importantes es el fumar, polifarmacia, radioterapia y de igual manera padecer una enfermedad autoinmune que actúe de forma concomitante con el SS.

El Síndrome de Sjögren se divide en dos etapas: primaria (temprana) y secundaria comúnmente está relacionada al presentar una segunda enfermedad autoinmune que de igual manera afecte el sistema conectivo subyacente.

- **El Síndrome de Sjögren primario (SSp)** se caracteriza por sequedad ocular (xeroftalmia) y bucal (xerostomía) esta es presentada después de un periodo de desarrollo para dar paso a la creación de linfocitos autorreactivos, “generando infiltraciones progresivas de células plasmáticas y linfocíticas en las glándulas exocrinas y endocrinas que conducen a la atrofia glandular y pérdida de la función.”⁵

Las glicoproteínas HLA son de suma importancia en esta enfermedad, ya que estas cumplen la función de ayudar al sistema a diferenciar entre estructuras endógenas y exógenas, se desplazan en tres clases (I, II, III).

- HLA de clase I se encuentra en todas las células nucleadas estas realizan la presentación antigénica de péptidos derivados de proteínas intracelulares a CD8+ linfocitos T.
- HLA de clase II se encuentran en las células presentadoras de antígenos, conduce a la diferenciación y activación de los macrófagos por las citocinas secretadas por las células T, especialmente interferón gamma.
- HLA de clase III son proteínas plasmáticas implicadas en respuestas inmunitarias no específicas, como los factores de complemento.

Se han realizado estudios donde se muestra que los alelos II HLA-DRB1 y HLA DQB1 están asociados a la producción de anticuerpos específicos de SSp. ⁵

- **El Síndrome de Sjögren Secundario (SSs)** está más relacionado por presentar una enfermedad concomitante que de igual manera afecte el

sistema inmune, en este ya se pueden presentar daños a diferentes niveles sistémicos.

a. Sistema Tegumentario.

Las manifestaciones que se desarrollan en este sistema serán marcadas por el daño que exista en la piel y vasos sanguíneos. El 50% de los pacientes pueden presentar los siguientes signos:

- Xerosis.
- Prurito.
- Eritema anular o vasculitis.
- Fenómeno de Raynaud.
- *Petequias.
- *Púrpura palpable.
- *Equimosis generalizadas.

*se presenta en el miembro inferior.⁶

b. Sistema Respiratorio.

Cuando se es diagnosticado con esta enfermedad autoinmune comúnmente los pacientes mencionan presentar tos y sequedad esto a la larga afecta las vías respiratorias.

Los daños en este sistema pueden pasar totalmente desapercibidos y ser ignorados, hasta que ya se presenta disnea progresiva, tos seca, dolor pleurítico y si no se trata a tiempo puede ocasionar hipertensión pulmonar.⁷

c. Sistema Renal.

“La nefritis túbulo- intersticial y acidosis tubular renal se han descrito como las formas más frecuentes de enfermedad renal en el SS, en la mayoría de los casos inician de forma sutil o de manera asintomática”.⁸

d. Sistema Nervioso.

Se ve afectada la memoria junto con dolores de cabeza en un 20% de las personas que presentan SS. Las neuropatías son también un malestar, ya que los pacientes mencionan que con el tiempo dejan de sentir dolor y

quemazón, pensando que es una señal de mejoría, pero no, es una señal de que el nervio se está atrofiando.

e. Sistema Gástrico.

Los malestares más comunes son náuseas, disfagia, dispepsia y gastritis. Es necesario mantener a los pacientes bajo control médico debido a que es posible el desarrollo de linfoma de tejido asociado a mucosa.

f. Sistema musculoesquelético.

Aproximadamente el 50% de los pacientes con SS van a presentar artralgia y poliartritis no erosiva.³

3. Etiología:

El Síndrome de Sjögren se relaciona en mayor medida con el género femenino esto se debe a la deficiencia en la producción de estrógenos en la edad adulta.

País	Proporción mujeres-hombres
Taiwán	8-9:1
China	27:1
India	19:1
Turquía	10:1
Australia	9:1
Condado de Olmsted, Minnesota y Nueva York	6:1
Francia	15:1
Grecia	20:1
España	6:1
Noruega	6:1

“La edad promedio en que se diagnostica esta enfermedad es de 53 años de edad, teniendo un diagnóstico a mayor edad en hombres (58 años) y en mujeres (53 años)”.⁵

Al mencionar la prevalencia en zonas geográficas del Síndrome de Sjögren se presenta en personas de mayor edad en la zona Europea, pero en mayor número de prevalencia en personas jóvenes es la zona Asiática, estos resultados son variados ya que esta enfermedad suele desarrollarse de diferente manera en cada

cuerpo, algunos presentan resequedad en ojos (hombres) y boca y otros presentan ya un daño en nivel renal y pulmonar (mujeres).



Figura 1. Diferencias geográficas en la prevalencia del síndrome de Sjögren primario. ⁵

El diagnóstico de este Síndrome no siempre será a la primera consulta, ya que su sintomatología es similar a muchas enfermedades más, y en muchas otras personas este síndrome es asintomático por años, cuando ya se presenta algún síntoma es muy probable tener un daño a nivel sistémico, por esta razón los porcentajes son inciertos, ya que muchos pacientes asintomáticos no serán diagnosticados.

La población menos afectada y más difícil de diagnosticar es en niños, afectando el 1% de la población, la dificultad de su diagnóstico está relacionado con enfermedades de diagnóstico diferencial y la complejidad de comunicación y comprensión verbal entre el médico y niño.

Genéticamente el Síndrome de Sjögren tiene una predisposición del 35% en pacientes que tienen familiares con este Síndrome o alguna enfermedad autoinmune relacionada que afecte el sistema conectivo subyacente, esto quiere decir que una enfermedad puede dar paso al SS y viceversa.

El Síndrome de Sjögren es un factor de riesgo para padecer algún tipo de cáncer en su mayoría relacionados a Linfoma no Hodgkin y cáncer de tiroides, está prevalecte en pacientes que desarrollaron la enfermedad <35 años de edad. “El peligro de mortalidad en estos pacientes se debe a el desarrollo de enfermedades proliferativas”.⁵

Cuando se tiene una enfermedad autoinmune no siempre se va a presentar el SS o puede que nunca se presente, pero es necesario mencionar que en las enfermedades más asociadas a este síndrome, por ejemplo el paciente puede tener LES y presentar fenómeno de Raynaud no necesariamente será SS, un paciente que tiene SSs con AR presentará mayor cansancio que aquella que solo presente AR, por ello es necesario realizar una anamnesis a detalle y un diagnóstico certero.

- **Factores de riesgo**

Entre las predisposiciones más comunes en el SS es la genética ya que el 35% de los pacientes con SSp tienen familiares con este síndrome o una enfermedad autoinmune vinculada, existen otros factores que pueden hacer que el síndrome se desarrolle de una forma prematura.

La vitamina D es una hormona tiroidea soluble en grasa que se sintetiza principalmente en la piel después de la exposición a la radiación. La deficiencia de esta vitamina puede aumentar el riesgo de desarrollar enfermedades autoinmunes, como lo es este síndrome. Esto se debe a que la vitamina D cumple diversas funciones dentro del sistema nervioso.⁵

Se han realizado investigaciones que este síndrome puede actuar con enfermedades virales, entre los virus más frecuentes se encuentran:

- Epstein virus de Bar.
- Virus Coxsackie.
- Virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- Virus de hepatitis C (VHC).
- Virus de la leucemia en células T tipo 1 (HTLV- 1).

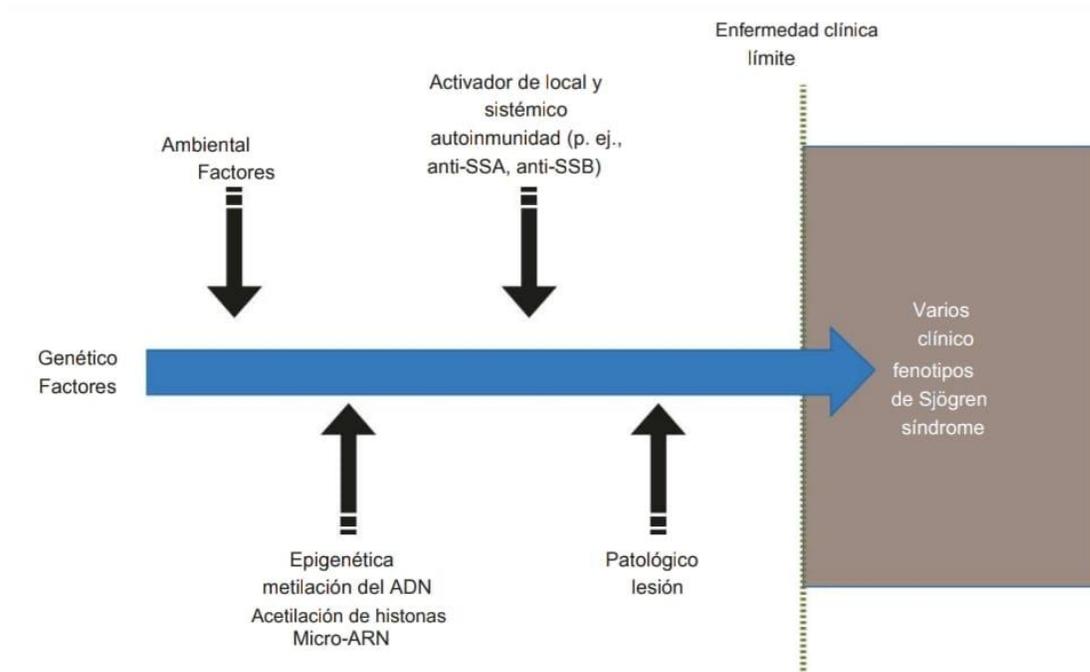


Figura 2. Esta imagen muestra un marco temporal de diversos estímulos y factores que conducen al desarrollo de diferentes fenotipos del Síndrome de Sjögren. ⁵

Se realizó una investigación en personas que presentaban enfermedades autoinmunes, se obtuvo un resultado de alergia a metales principalmente: níquel, mercurio, oro y paladio.

Las partículas (PM2, 5 y NO2) que se encuentran en el medio ambiente pueden ser un factor para el desarrollo de este síndrome, afectando principalmente a mujeres.

Cualquier alteración que presente algún microorganismo en el cuerpo puede dar paso a una disbiosis: "patógenos dominantes pueden provocar un estrés constante

en el sistema inmunológico e incluso convertirse gradualmente en el advenimiento de la autoinmunidad, y así se fomentaría la invasión de bacterias en las células ductales generando desequilibrar localmente las SGEC, y también la respuesta de la vía del IFN".⁵

La edad en la que comúnmente se desarrolla esta enfermedad es a los 53 años, siendo el género femenino el más afectado, esto se debe a la alteración hormonal que usualmente se vive en esta etapa de la vida.

5. Auxiliares de diagnóstico:

Debido a que existen diversas enfermedades que presentan signos y síntomas similares a SS se deben realizar estudios de laboratorio para dar un diagnóstico acertado.

Pruebas ¹¹	Hemograma completo, velocidad de sedimentación globular, amilasa sérica, IgG, anticuerpo antinuclear, factor reumatoide, análisis de orina (proteínas, sangre oculta, pH)
Pruebas serológicas	Anticuerpo anti-Ro/SSA anticuerpo anti- La/SSB
Salival	Producción de saliva: medición de glándula salival total no estimulada, medición de saliva total estimulada.
Función de la glándula lagrimal	Producción de lágrimas: prueba de Schirmer Daño conjuntival o epitelial corneal: tinción ocular.
Estudios de imágenes salivales	Gammagrafía de las glándulas salivales.
Biopsia	Biopsia de glándula salival menor labial, biopsia de glándula lagrimal.

La gammagrafía es un estudio que nos indicará si existe hipofunción salival.

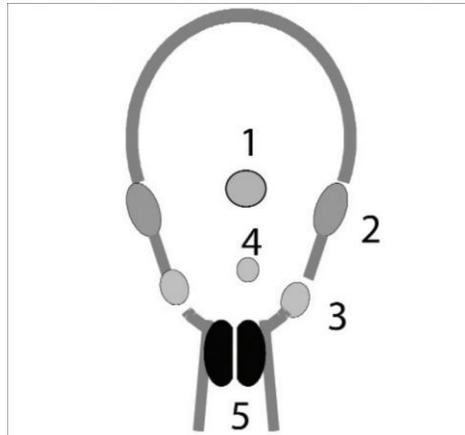


Figura 3. Identificación de la anatomía en una gammagrafía salival normal, con detalles de captación de; (1) mucosa nasal, (2) glándulas parótidas, (3) glándulas submaxilares, (4) captación correspondiente a mucosa bucal y (5) glándula tiroides.

9



Figura 4. Gammagrafía normal, grado I. Se aprecia una dinámica normal tanto en la captación como en la excreción.⁹

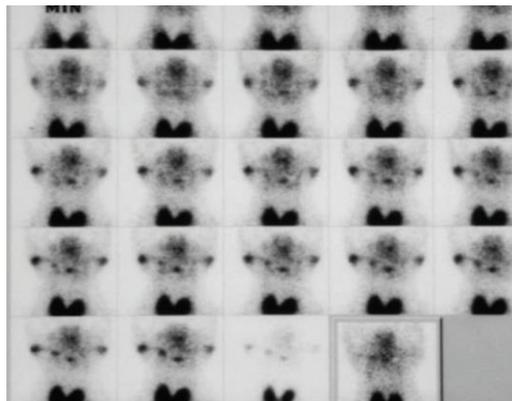
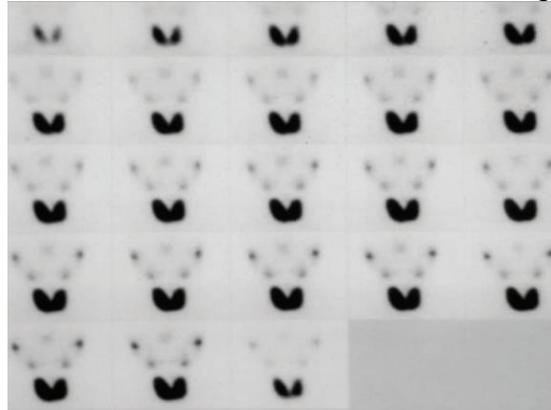


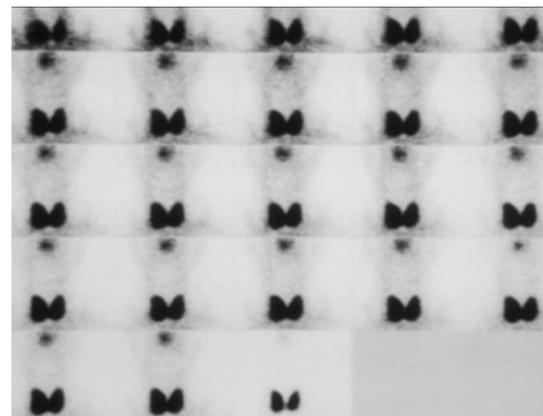
Figura 5. Gammagrafía salival con afectación leve o grado II. Se observa una adecuada captación glandular con enlentecimiento de la excreción.⁹

Figura 6. Gammagrafía salival con afección moderada o grado III. Existe marcado



enlentecimiento tanto de la concentración como de la excreción del trazador. No se observa actividad de la boca al final de la prueba.⁹

Figura 7. Gammagrafía con afección grave o grado IV. No se aprecia actividad glandular a lo largo del estudio.⁹



Los estudios de sangre son necesarios debido a que el Síndrome de Sjögren generalmente presenta anticuerpos que se desarrollan con enfermedades autoinmunes, es común verificar niveles altos en el índice de sedimentación de eritrocitos o de inmunoglobulinas.⁹

- **Pruebas de laboratorio**

En cuanto a las pruebas de laboratorio es necesario solicitar a los pacientes que tengan un mínimo de ayuno de 8 hrs.

La prueba de orina debe ser la primera del día, en dado caso que sea olvidado, se pueden esperar 4 horas para poder depositar en un frasco especial la próxima micción.

Los ultrasonidos de parótida solo requieren no tener maquillaje en la cara para poder realizar el estudio correctamente sin complicaciones.

- **Pruebas clínicas**

Dentro de las pruebas clínicas se encuentra la biopsia de glándulas menores labiales, esta biopsia es preferible a comparación de la biopsia de glándula parótida ya que tiene mayor riesgo a daño facial.

La biopsia de glándulas menores labiales se realiza infiltrando anestesia, posteriormente con un bisturí de 5 a 10 mm se realiza una incisión para lograr extraer las glándulas con ayuda de pinzas, se recomienda sacar de 4 a 6 glándulas para poder decir que se estudiaron 8 mm² de glándula.

Se realiza de la siguiente manera:

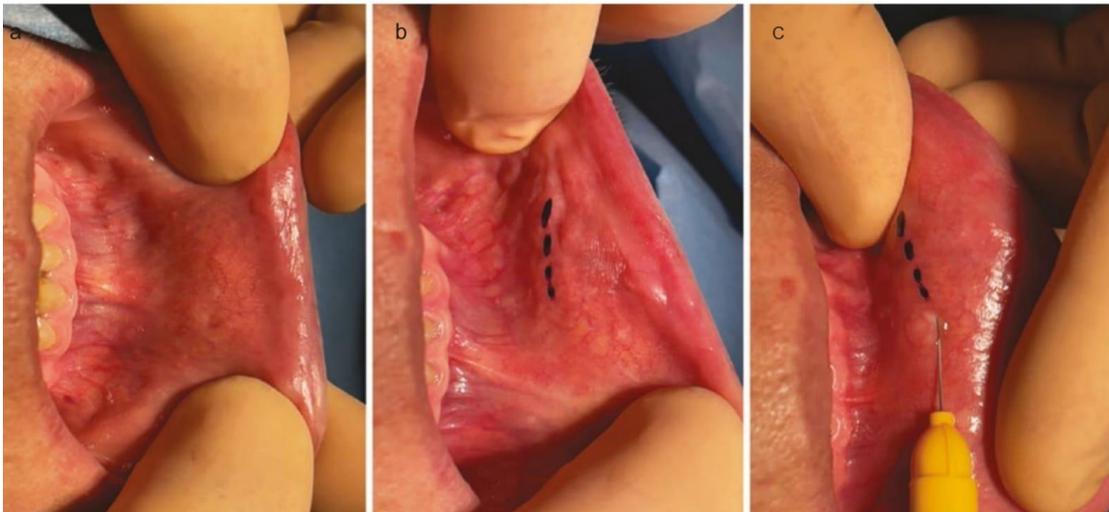


Figura 8. a) El labio inferior se evierte bimanualmente para una exposición óptima de la mucosa; b) se traza la línea de incisión; c) se realiza una infiltración con un anestésico local y un vasoconstrictor a lo largo de la línea de incisión. ⁵



Figura 9. a) Se utiliza un bisturí para incidir la mucosa a lo largo de la línea definida; b) una vez que se incide la capa mucosa, las glándulas salivales menores son inmediatamente visibles. ⁵

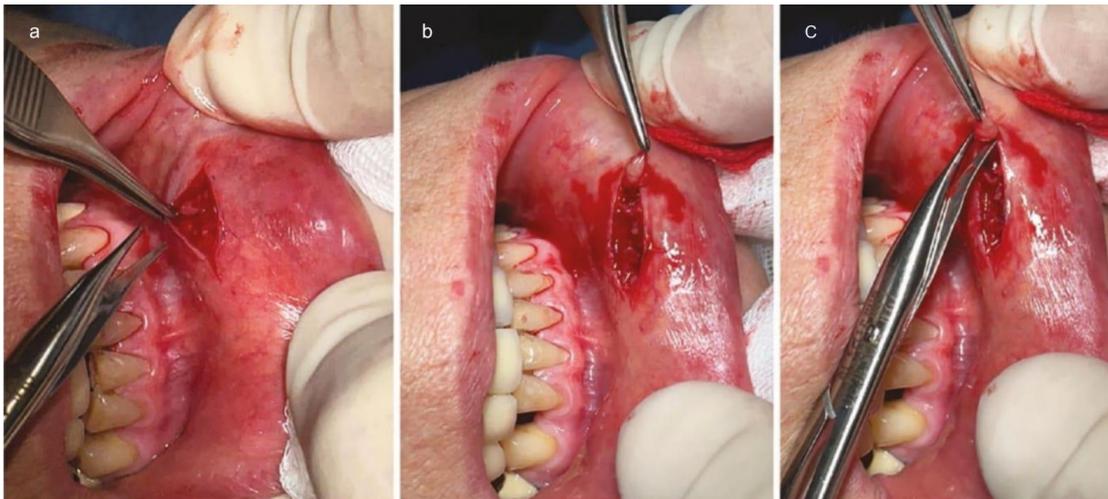


Figura 10. a) Se utiliza una pinza de Adson para agarrar la mucosa; b) las glándulas salivales se levantan y c) se seccionan en la base. ⁵

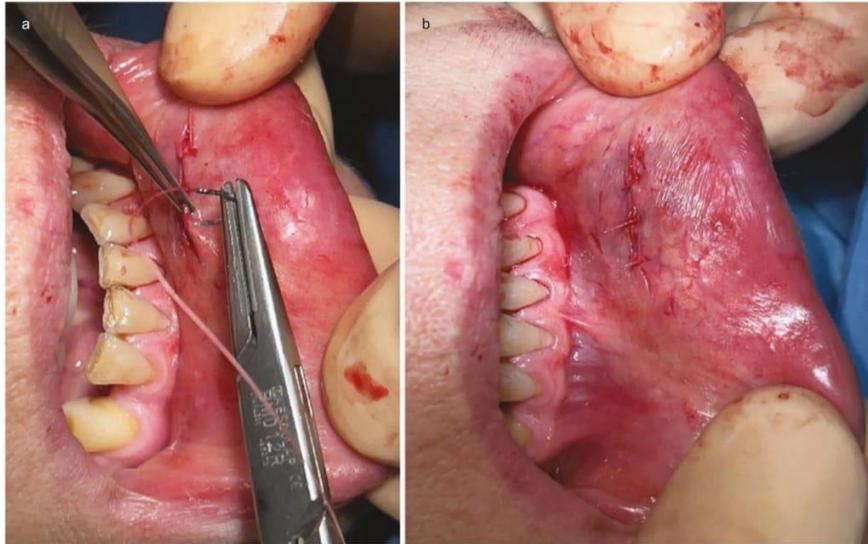


Figura 11. a) Se coloca una sutura simple para cerrar la herida; b) descripción general de la sutura final. ⁵

Pacientes que son diagnosticados con este Síndrome es muy común que presenten algún tipo de candida y quelitis angular.



Figura 12. Candidiasis oral en pacientes con SSp: A: Candidiasis eritematosa. B. Candidiasis pseudomembranosa. C. Candidiasis protésica. D. Quelitis angular. ¹⁰

Prueba de Schirmer:

“En la prueba de Schirmer se coloca una pequeña tira de papel de filtro dentro del fondo de saco inferior de cada ojo, se cierran los ojos durante 5 minutos, posteriormente se retiran las tiras y se mide la cantidad de lágrimas absorbidas”. ¹⁰



Figura 13: Prueba de Schirmer. ¹²

Existen diversos estudios de laboratorio y pruebas clínicas que se pueden realizar, pero las más confiables y comunes son pruebas de sangre y biopsia de glándulas salivales menores, ya que algunas pruebas como la de Schimer se ha dejado en desuso debido a la molestia que presenta a los pacientes.

- **Diagnósticos diferenciales**

En este síndrome se presentan infinidad de diagnósticos diferenciales, ya que muchas enfermedades presentan síntomas de resequeidad, agrandamiento glandular y dolor reumático, por esta razón es necesario realizar un enfoque racional para un diagnóstico acertado.

Es necesario saber que los siguientes episodios son comunes en nuestra vida y se pueden confundir con el SS, ya que son causas de hiposalivación y xerostomía.

- Deshidratación.
- Fármacos.
- Radioterapia.
- Quimioterapia
- Enfermedades: fibrosis quística, hepatitis C, cirrosis biliar primaria, enfermedad injerto contra hospedero, VIH, enfermedad de Alzheimer.
- Depresión.
- Ansiedad.
- Envejecimiento.
- Respiración bucal.
- Alcoholismo.¹³
- Tabaquismo.¹⁴
- Diabetes.
- Covid 19.¹⁵

Causas de aumento de tamaño de las glándulas salivales.

UNILATERAL	BILATERAL
<ul style="list-style-type: none">- Infección bacteriana- Sialoadenitis crónica- Obstrucción- Neoplasia	<ul style="list-style-type: none">- Infección vírica- Síndrome de Sjögren- Amiloidosis- Sarcoidosis- Hiperlipidemia- Alcoholismo/Cirrosis- Acromegalia- Anorexia



Figura 14. Hipertrofia parotídea bilateral, en el paciente con Síndrome de Sjögren primario.⁹

Obtenidas las pruebas necesarias y descartando los diagnósticos diferenciales es

necesario acudir a los criterios acordados por la Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR) y por el Colegio Americano de Reumatología (ACR).¹⁷

Pruebas ¹⁸	Puntuación/Peso
Glándula salival labial con sialodentitis linfocítica focal y puntuación de enfoque mayor o igual a 1 foco/4 mm ² +/-.	3
Anti- SSA/Ro positivo.	3
Puntuación de tinción ocular de al menos 5 (o puntuación de Van Bijsterveld de al menos 4) en al menos un ojo.	1
Prueba de Schirmer igual o menor de 5mm/ 5 min en al menos un ojo.	1
Caudal de saliva total no estimulado igual o menor a 0,1 ml por minuto.	1

Para poder tener un diagnóstico certero dentro del Síndrome de Sjögren se debe tener ≤ 4 y tener criterios de inclusión respondiendo positivamente a alguna de las siguientes preguntas: ¹⁷

Síntomas oculares

1. ¿Ha tenido ojos secos diarios, persistentes y problemáticos durante más de 3 meses?

2. ¿Tiene una sensación recurrente de arena o grava en los ojos?

3. ¿Usa sustitutos lagrimales más de tres veces al día?

Síntomas orales

1. ¿Ha tenido una sensación diaria de boca seca durante más de 3 meses?

2. ¿Toma líquidos con frecuencia para ayudar a deglutir alimentos secos?

Los criterios de exclusión son los siguientes:

- Antecedentes de tratamiento de radiación en cabeza y cuello.
- Infección activa de hepatitis C.
- SIDA.
- Sarcoidosis.
- Amiloidosis.
- Enfermedad de injerto contra huésped.
- Enfermedad relacionada con IG4.

12. Manifestaciones Orales
- Manifestaciones Internas



Figura 15. La lengua en el Síndrome de Sjögren puede ser hiperlobulada y fisurada debido a una hipofunción salival. ⁵



Figura 16: Femenina de 70 años con Síndrome de Sjögren primario con hiposalivación. Nótese el aspecto fibroso de la saliva. ¹⁰

Se presenta principalmente sequedad bucal, esto ocasiona susceptibilidad a candidiasis, se presentan aftas y esto genera disfagia que es el dolor al digerir el bolo alimenticio junto con distorsión del sabor, son sensibles a alimentos picosos y ácidos, puede llegar a existir dificultad para hablar y sensación de ardor. Este tipo de paciente se hidrata continuamente para mejorar la sintomatología y no sentir tanto dolor.



Figura 17. Candidiasis. ¹⁹

La prevalencia de candida en pacientes con SS es alta, afecta principalmente mucosas en un 70 a 80%.

Los pacientes con SS es muy común que presenten halitosis debido a la falta de autoclisis que existe en su sistema, por ello es común observar restos de comida al momento de la exploración clínica.

De igual manera el tipo de caries que presentaran estos pacientes será fuera de la habitual, siendo en incisivos lo más frecuente.

Figura 18. Caries. Patrón característico del SSp, afectación de la zona cervical de



las piezas dentales y en zonas poco frecuentes como en los incisivos. ¹⁶

En otros casos se puede presentar grado de caries más severa y por ende su desarrollo será diferente a lo normal, propagándose de manera más rápida.



Figura19. Paciente con Síndrome de Sjögren primario con gran número de caries atípicas. ¹⁰



Figura 20. Paciente con Síndrome de Sjögren primario relacionado con hiposalivación y gran número de caries. ¹⁰

La pérdida dental temprana e infecciones orales en estos pacientes son demasiado frecuentes, por ende es necesario tener conocimiento de cómo prevenir estos episodios al momento de diagnosticar un paciente con este síndrome.

- **Manifestaciones Externas**



Figura 16. Aumento de tamaño bilateral de la glándula parótida en un paciente con Síndrome de Sjögren. ⁵

Figura 17. Hipertrofia submaxilar bilateral, en paciente con síndrome de Sjögren



primario.⁹

Debido a las molestias que presentan para digerir los alimentos es común que los pacientes bajen de peso y presenten comisuras en el labio asociado a queilitis angular.

Pacientes que presenten aumento de tamaño en glándulas salivales, es necesario mantenerlos bajo supervisión médica constante, ya que esto comúnmente puede desarrollar linfoma no Hodgkin.

7. Tratamiento

En primera instancia es necesario realizar un diagnóstico transparente, verificando si es SSp o SSc una vez viendo esto, es indispensable verificar minuciosamente si existe daño en algún órgano, teniendo el tipo de Síndrome al que nos enfrentamos y conscientes de la afectación de algún órgano podremos brindar el tratamiento más acertado.

Es necesario mencionar que esta enfermedad no tiene cura solo se controla con un buen tratamiento y revisiones médicas continuas.

Tratamiento de la xerostomía en pacientes con SS⁹	Tratamiento de la xeroftalmía⁹
<p>Medidas generales</p> <ul style="list-style-type: none">- Hidratación abundante, evitando nicturia- Evitar alimentos azucarados- Evitar fármacos con acción xerogénica.- Evitar ambientes secos.- Humificadores de aerosol.- Saliva artificial: Aerosol (Bulcalsone, Salivart) gel (Oralbalance, Odamida)- Sequedad nasal: lavados nasales con suero fisiológico, hidratantes nasales en aerosol	<p>Medidas generales</p> <ul style="list-style-type: none">- Evitar ambientes secos.- Evitar desecación con gafas con cámara y gafas de sol- Lágrimas artificiales de forma preventiva.- Si se acompaña de xerostomía, añadir pilocarpina oral (5mg/6-8 horas).

<p>(Lubrinasal, Sterymar, Rhinomer)</p>	
<p>Tratamiento estimulante de la secreción salival</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chupar semillas/huesos de frutas, botón. - Caramelos- Chicles sin azúcar. - Pilocarpina (Salargen). - Cevimelina 1 (Evoxac). - En investigación: Zivoduvina, Interferón alfa, Anti-TNF alfa. 	<p>Pacientes con xeroftalmia leve-moderada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usar lágrimas artificiales de forma regular que contenga celulosa. - Irritación local: cambiar de hidratante y si persiste usar lágrimas sin conservante. - Precisa usar lágrimas con frecuencia: utilizar el mismo compuesto con mayor concentración o en forma de gel. - Secreción mucosa filante: usar lágrimas con dispersante como alcohol-polivinílico. Valorar Acetil- cisteína 10% tópica.
<p>Tratamiento de las complicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidas anticaries. <ul style="list-style-type: none"> ○ Evaluación periódica por Odontólogos. 	<p>Pacientes con xeroftalmia grave</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lágrimas artificiales con hidratante a mayor concentración, gel.

<ul style="list-style-type: none"> ○ Higiene bucal exhaustiva con uso de pasta dentrífica fluorada (Biotene, Elmex, Fluorkin) ○ Cepillo dental suave/ultrasuave, cepillo dental eléctrico. ○ Fluoración bucal regular por Odontólogos. • Candidiasis oral. <ul style="list-style-type: none"> ○ Nistatina Oral: solución, óvulos. ○ Fluconazol. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lágrimas preparadas con suero autólogo. - Pomada oftálmica hidratante nocturna. - Valorar técnicas de oclusión lagrimal no permanente: tapones de silicona. - Valorar Ciclosporina A tópica.
--	---

Manifestaciones extraglandulares y su tratamiento.

Artritis	Hidroxicloroquinona (200-400 mg/día) Metrotrexato (0.2- 0.3 mg/kg corporal cada semana) más Prednisolona (10mg/día por vía oral)
Vasculitis	Tratamiento tradicional
Linfoma	Régimen CHOP y anti- CD20
Fenómeno de Raynaud	Protección contra el frío: guantes

	Nifedipina (10 mg cada 8 horas)
Acidosis tubular renal	Sustitución de bicarbonato

8. Reporte de caso.²³

Se presenta paciente de primera vez a clínica de Patología Bucal, refiere molestia al deglutir, sensación de arena en los ojos y dolor en la ATM.

Se realiza biopsia de glándulas salivales menores por sospecha de Síndrome de Sjögren.

Se aplica protocolo Clínico e Histopatológico para Síndrome de Sjögren:

- Criterios ópticos positivos (resequedad ocular, sensación de arena, uso de lágrimas artificiales).
- Criterios bucales positivos (resequedad bucal y dificultad para deglutir).
- Criterios sistémicos positivos (dolor articular en articulaciones de ambas manos y articulación temporomandibular, resequedad en piel).
- Prueba de sialometría: condición basal .0 ml con estimulación .1ml.
- Estudios serológicos: Anti Ro SSA (3.70), Anti SSb (0.90), Factor reumatoide (<20), Proteína C reactiva (11.0).
- Estudio histopatológico de glándulas salivales menores con resultado de Sialodentitis crónica linfocitaria.
- Escala de Tarpley: grado 3, con infiltrado crónico y destrucción parcial de los acinos.

Sugerencias diagnósticas y tratamiento:

- Datos subjetivos y objetivos compatibles con Síndrome de Sjögren.
- Se le indica a la paciente uso de saliva artificial y/o infusión.
- Seguimiento en Clínica de Medicina Bucal.

- Atención en Clínica de Dolor para valoración de la articulación temporomandibular.



A) Área dorsal de la lengua se observa pálida y reseca.

B) Se observa úlcera en área de carrillo.



A) Área inferior, en la mucosa se observan úlceras.

B) La mucosa se observa brillante debido a la resequeidad



A) Arcada, se observa mucosa brillante con placa dentobacteriana en el área cervical.

B) Fotografía superior, se observa mucosa brillante.

9. Conclusiones.

Este síndrome predomina más en el género femenino, los factores que propician a su desarrollo pueden ser genéticos, factores ambientales y enfermedades sistémicas. Siendo más común en la tercera década de la vida.

Para su diagnóstico es necesario cumplir ciertas características que se mencionan en los Criterios del grupo de consenso Europeo.

Como profesionales de salud en el área odontológica es necesario verificar cualquier anomalía dentro de la cavidad bucal, ya que muchas de las primeras reacciones son en boca.

Este síndrome en muchas ocasiones es diagnosticado en una etapa secundaria, esto se debe a que en la primera etapa ha sido completamente asintomático, y solo se tenga conocimiento de este síndrome porque ya hay afectación en algún sistema o por ende en algún órgano. Debido a esto las personas no son diagnosticadas a tiempo y el porcentaje para mencionar la prevalencia e incidencia es incierto hasta la fecha.

El Síndrome de Sjögren no tiene una cura, pero existen algunas alternativas para llevar un control y que el paciente tenga una mejor calidad de vida, ya que estudios demuestran que esta disminuye en aquellas personas que han tenido un tiempo de evolución mayor a 5 años y el coste de este es imposible para algunas personas. ^{20,}

REFERENCIAS:

1. Sánchez G, Oregon E, Hernández J, González G, Vargas R, Muñoz J. Enfermedades reumáticas y alergias, la dualidad del sistema inmunológico. Revista Alergia México, [2021] [consultado 2023] 68(4). Disponible en: <https://doi.org/10.29262/ram.v68i4.984>
2. Sapp, P. Eversole, L. Wysocki, G. Patología Oral y maxilofacial contemporánea. ed. Harcourt. España. 1997.
3. Reyes C. Pájaro N. Vergara O. Conquett J. Echenique O. Cortina A. Serna D. Zapata D. Sjögren's syndrome: Epidemiology and clinical manifestations. REV COLOMB REUMATOL.2022[Consultado en Octubre del 2023]29(4) Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2444440522000723> .
4. Brazzen B. Dyer J. StatPearls. Histology, Salivary Glands. 2023. [consultado el 24 de octubre del 2023] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551688/>
5. Bruyn G. Sjögren's Syndrome and the salivary glands. Ed. Springer. Suiza. 2022.
6. Hile GA, Lowe L, Kahlenberg JM. Cutaneous purpura of Sjögren syndrome successfully treated with hydroxychloroquine. JAAD [citado 14 de octubre del 2023] 3(4):326-328. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5517835/>
7. Battista G, Zompatori M, Poletti V, Canini R. Thoracic manifestations of the less common collagen diseases. A pictorial essay. Radiol Med. 2003 [citado 14 de octubre del 2023] Nov-Dec;106(5-6):445-51;Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14735010/>

8. Luo J, Xu S, Lv Y, Huang X, Zhang H, Zhu X, Wang X. Clinical features and potential relevant factors of renal involvement in primary Sjögren's syndrome. *Int J Rheum Dis*. 2019 [citado 14 de Octubre del 2023] Feb;22(2):182-190. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6587856/>
9. Fernández C. Gómez R. Santos S. Casano J. Doménech M. Díaz I. Ivorra R. Ramos C. Síndrome de Sjögren Primario. [citado en Octubre del 2023] capítulo 8:133-160. Disponible en: <https://svreumatologia.es/wp-content/uploads/2023/02/svr-libros-enfermedades-reumaticas-actualizacion-svr-2013-capitulo-08.pdf>
10. López- Pintor R, Fernández Castro M, Hernández G. Oral Involvement in Patients With Primary Sjögren's Syndrome. Multidisciplinary Care by Dentists and Rheumatologists. *Reumatología Clínica* [Internet]. 2015 [Consultado 23 Noviembre 2023]; 11(6):387-394. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26022574/>
11. Parisi D, Chivasso C, Perret J, Soyfoo M, Delporte C. Current State of Knowledge of Clinical Medicine [Internet]. 2020 [consultado 26 de Noviembre del 2023]; 9(7): 2299. Disponible en: <https://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7408693/>
12. Bjordal O, Norheimk, Rodahl E, Jonsson R, Omdal R. Prima y Sjögren's syndrome and the eye. *Survey of Ophthalmology* [Internet]. 2019. [consultado 26 de Noviembre 2023]; 65(2):119-132 Disponible en: [https://www.surveyophthalmol.com/article/S0039-6257\(19\)30283-8/fulltext](https://www.surveyophthalmol.com/article/S0039-6257(19)30283-8/fulltext)
13. Hernández R. Mendoza V. Matínez I. Morales L. *Odontogeriatría y Gerodontología 2aEd. México. TRILLAS*. 2016. pp: 199.
14. Copello-Millares M, Rodríguez-Hernández R, Labrada-Aguilera E, Santiago-Martínez Y, Bermudez-Aguilera Y. Factores de riesgo de aterosclerosis en ancianos fumadores de provincia Holguín, Cuba. *Rev Inf Cient* [Internet]. 2023 [citado 26 Nov 2023];102(0). Disponible en: <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/4115>
15. Sandoval-Gómez N, Needham-Torres T, Vásquez-Canales G, Salazar-Roa AM. Manifestaciones orales asociadas a SARS-COV-2: Revisión de la

- literatura. ode [Internet]. 30sep.2021 [citado 26 Noviembre.2023];23(38).
Disponible en: <https://odon.edu.uy/ojs/index.php/ode/article/view/360>
16. Fernández Castro M. Síndrome de Sjögren. Medicine- Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [Internet]. 2013 [consultado 23 de Noviembre 2023]; 11(30):1865-1873. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541213705407>
 17. Vitali C, Bombardieri S, Jonsson R, Moutsopoulos HM, Alexander EL, Carsons SE, Daniels TE, Fox PC, Fox RI, Kassan SS, Pillemer SR, Talal N, Weisman MH; European Study Group on Classification Criteria for Sjögren's Syndrome. Classification criteria for Sjögren's syndrome: a revised version of the European criteria proposed by the American-European Consensus Group. Ann Rheum Dis. [Internet] 2002 [Consultado 26 de Noviembre del 2023] Jun;61(6):554-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12006334/>
 18. Shiboski CH, Shiboski SC, Seror R, Criswell LA, Labetoulle M, Lietman TM, Rasmussen A, Scofield H, Vitali C, Bowman SJ, Mariette X; International Sjögren's Syndrome Criteria Working Group. 2016 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Classification Criteria for Primary Sjögren's Syndrome: A Consensus and Data-Driven Methodology Involving Three International Patient Cohorts. Arthritis Rheumatol.[Internet] 2017 [consultado 26 de Noviembre del 2023] Jan;69(1):35-45. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27789466/>
 19. Departamento de Patología y Medicina Bucal (05 de diciembre de 2023). Caso clínico Síndrome de Sjögren. DEPEl, Facultad de Odontología UNAM. Carla Ramírez.
 20. Solis CU. Barreto AJ. Sjögren´s Syndrome and its influence on quality of life. Revista Científica Ciencia Médica. [Internet] 2021 [citado el 26 de Noviembre del 2023] jun;24(1): 30-36. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v24n1/2220-2234-rccm-24-01-30.pdf>
 21. Miyamoto ST, Valim V, Fisher BA. Health-related quality of life and costs in Sjögren's syndrome. Rheumatology (Oxford). [Internet] 2021 [citado el 26 de

Noviembre del 2023] Jun 18;60(6):2588-2601. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30770918/>

22. Both T, Dalm VA, van Hagen PM, van Daele PL. Reviewing primary Sjögren's syndrome: beyond the dryness - From pathophysiology to diagnosis and treatment. *Int J Med Sci.* [Internet] 2017 [citado el 26 de Noviembre del 2023] Feb 23;14(3):191-200. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28367079/>
23. Departamento de Patología y Medicina Bucal (05 de diciembre de 2023). Caso clínico Síndrome de Sjögren. DEPEl, Facultad de Odontología UNAM. Claudia Mejía.
24. Ordóñez García, R. J., Barrazueta Bucaram, M. J., Acosta Suarez, G. M., & Molina Villacres, M. L. (2019). Síndrome de Sjögren primario. *RECIAMUC*, 3(2), 554-571. [citados el 14 Octubre del 2023]. Disponible en:
<https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/353>