

Frecuencia de Síndrome de Sjögren en pacientes con hiposalivación.

Frequency of Sjögren's Syndrome in patients with hiposalivación.

CD PB Norma Guadalupe Ibáñez Mancera.
Patólogo Bucal
Catedrático del Instituto Universitario Franco Inglés de México. Metepec, Méx.
Profesor de la Especialidad en Endodoncia, Facultad de Odontología. Universidad Autónoma del Estado de México.

CD Cynthia Jocelyn López García
Cirujano Dentista
Catedrático del Instituto Universitario Franco Inglés de México. Metepec, Méx.

MC CD Yolanda Beatriz Piña Libien
Maestría en Ciencias de la Educación
Catedrático del Instituto Universitario Franco Inglés de México. Metepec, Méx.
Profesor de Asignatura de la Facultad de Odontología. Universidad Autónoma del Estado de México.

Recibido: Febrero de 2012.

Aceptado para publicación: Junio de 2012.

Resumen.

El Síndrome de Sjögren es una enfermedad multisistémica autoinmune debida a la destrucción de glándulas exocrinas. Su prevalencia es de 0.05 a 4.8% de la población, es más común en mujeres. Las complicaciones orales son: úlceras traumáticas, caries cervical, dificultad para portar prótesis, candidiasis y todas las asociadas a la hiposalivación. Para su diagnóstico se deben considerar los criterios internacionales. Su tratamiento es multidisciplinario, en cavidad bucal, es indispensable el manejo de la hiposalivación para evitar las alteraciones secundarias.

Objetivo: Determinar la frecuencia de Síndrome de Sjögren en pacientes con hiposalivación.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y observacional. La muestra estuvo constituida por 23 casos. Se reunió la información en una ficha de recolección de datos, respecto a edad, género y los criterios para el diagnóstico del Síndrome de Sjögren, se realizaron pruebas de independencia entre variables.

Resultados: La muestra representó el 4.6% del total de pacientes, con una relación H: M de 1:6.6, rango de edad de 40 a 81 años, 14 pacientes refirieron xeroftalmía, de estos el 86% fueron mujeres ($p < 0.05$); 16 pacientes refirieron xerostomía, siendo el 87% (14 pacientes) de sexo femenino ($p < 0.05$). Se diagnosticaron 6 casos de SS, con una relación H: M de 1:5.

Discusión: El 26% de los pacientes presentaron 4 ó 5 de los criterios, diagnosticados con Síndrome de Sjögren. Una vez comprendidos los criterios para su

diagnostico, es posible para el Odontólogo diagnosticar el Síndrome de Sjögren, siguiendo un protocolo básico de registro de síntomas, observación de signos y pruebas complementarias.

Conclusiones: El SS es una enfermedad autoinmune, caracterizada por hiposalivación. Para su diagnostico es necesario tomar una biopsia de glándulas salivales menores del labio en busca de lesión linfoepitelial benigna, la cual es un criterio confiable para el diagnóstico de esta enfermedad.

Palabras Clave: *Hiposalivación, Síndrome de Sjögren, Xerostomía.*

Abstract.

Sjögren's Syndrome (SS) is a multisystem autoimmune disease that results from the destruction of the exocrine glands. Its prevalence is between 0.05 and 4.8% of the population and it is more common in women. Oral complications include traumatic ulcers, cervical caries, issues with prosthesis use, and candidiasis, all of these associated with dry mouth. The diagnosis of Sjögren's Syndrome should be based on international criteria. Its treatment is multidisciplinary; it is essential that hyposalivation be managed in order to avoid secondary alterations.

Objective: To determine the frequency of Sjögren's Syndrome in patients with dry mouth.

Methods: A descriptive, cross-sectional, observational study was performed using a sample consisting of 23 cases. Information relating to age, sex, and Sjögren's Syndrome diagnosis criteria was gathered using a data collection sheet. Testing was carried out to determine the independence of the variables.

Results: The sample represented 4.6% of all patients. The male-to-female ratio was 1:6.6, in an age range from 40 to 81 years; 14 patients suffered from xerophthalmia, of whom 86% were women ($p < 0.05$); 16 patients suffered from xerostomia, of whom 87% (14 patients) were women ($p < 0.05$). 6 cases of SS were diagnosed, with a male-to-female ratio of 1:5.

Discussion: 26% of patients fulfilled 4 or 5 of the criteria for the diagnosis of Sjögren's Syndrome. Once the criteria for its diagnosis have been shown to exist, it is possible for the dentist to produce a diagnosis of SS,

following a basic protocol of symptom recording, the observation of signs, and complementary testing.

Conclusions: Sjögren's Syndrome is an autoimmune disease characterized by dry mouth. For it to be diagnosed, a biopsy of minor salivary glands of the lip is required in search of benign lymphoepithelial lesions, the presence of which is a reliable criterion for the diagnosis of this disease.

Keywords: *dry mount, Sjögren's Syndrome, Xerostomia, hyposalivation.*

Introducción.

Las primeras descripciones del Síndrome de Sjögren se deben a Leber en 1882, sin embargo, en 1933 el oftalmólogo sueco Henrik Sjögren describió la asociación entre queratoconjuntivitis, xerostomía y artritis reumatoide, consideradas inicialmente como la triada clásica del Síndrome de Sjögren^{1,2}.

El Síndrome de Sjögren es una enfermedad multisistémica autoinmune caracterizada por la inflamación de las glándulas exocrinas, ocasionando su hipofunción, por un infiltrado de células mononucleares en el parénquima secretor; es la segunda enfermedad reumatoide autoinmune más común²⁻¹².

La prevalencia del Síndrome de Sjögren varía de 0.05% a 4.8% de la población, observándose una relación hombre-mujer de 1:9 a favor de las mujeres. Debido a su inicio insidioso el diagnóstico con frecuencia se demora por años. La hiposalivación es debida a la destrucción de los acinos salivales tanto serosos como mucosos; también hay destrucción de los acinos de las glándulas lagrimales, por lo que se presenta xeroftalmía asociada a la queratoconjuntivitis^{2,4,10}.

Clasificación^{4,5,8,11}:

- Primarios: Complejo Sicca: Hiposalivación y queratoconjuntivitis.
- Secundario: Hiposalivación, queratoconjuntivitis y otras enfermedades autoinmunes, como Artritis reumatoide, polimiotopía, esclerosis sistémica, lupus eritematoso sistémico, entre otras.

Manifestaciones clínicas

La destrucción de los acinos lagrimales ocasiona la deshidratación de los ojos provocando sensación de arenillas, resequedad ocular y queratoconjuntivitis^{4, 6, 7}. Los principales síntomas y signos asociados a la hipofunción salival son: sensación de boca seca o xerostomía, sed frecuente, dificultad para masticar, dificultad para la formación del bolo alimenticio, disfagia, dificultad para hablar, dificultad para comer alimentos secos, necesidad de beber agua frecuentemente, dolor e irritación de las mucosas, sensación de ardor y quemazón en la lengua y disgeusia.^{2,9}

Complicaciones orales.

Úlceras traumáticas, caries cervical, dificultad para portar prótesis, candidiasis, y todas las asociadas a la ausencia de saliva.^{2,5,9,13}

Diagnóstico.

Debido a la gran cantidad de manifestaciones del Síndrome de Sjögren, en 1993 la comunidad Europea estableció un grupo de criterios para su diagnóstico.^{3,14,15} Estos criterios han sido revisados, estableciendo una clasificación internacional de criterios, constituida por 6 ítems.^{3,8}

Criterios para el diagnóstico de Síndrome de Sjögren.^{3,8}

- I. Síntomas oculares:
 1. Resequedad ocular mayor a tres meses.
 2. Sensación de arenilla en los ojos.
 3. Utilización de lágrimas artificiales más de tres veces al día.
- II. Síntomas orales:
 1. Resequedad de boca por más de tres meses.
 2. Aumento de volumen de las glándulas salivales.
 3. Ingesta frecuente de líquidos para lubricación oral.
- III. Signos oculares: Evidencia objetiva de compromiso ocular:
 1. Test de Shimer: ≤ 5 mm en 5 minutos.
 2. Rosa de bengala > 4 .
- IV. Histopatología: en glándulas salivales menores.
 1. Lesión linfocelital benigna: más de un foco de 50 linfocitos en 4 mm².
- V. Afección de glándulas salivales: Evidencia objetiva que involucra a las glándulas salivales:
 1. Flujo salival en reposo ≤ 1.5 ml en 15 minutos.
 2. Sialografía de parótida con evidencia de destrucción tisular.
 3. Gammagrafía.
- VI. Autoanticuerpos.
 1. Anti-Ro (SSA) ó Anti-La (SSB) ó ambos

Revisión y análisis de los resultados para la clasificación.^{3,8}

Síndrome de Sjögren primario:

- a) Presencia de 4 de los 6 ítems, con el ítem IV ó VI positivo.

- b) Presencia de 3 de los 4 criterios objetivos: III, IV, V ó VI:

Síndrome de Sjögren secundario:

Pacientes con asociación a enfermedad sistémica (Artritis reumatoide, Lupus eritematoso sistémico o enfermedades autoinmunes del tejido conectivo¹⁰) presencia del ítem I ó II, 2 de los ítems III, IV ó V.

Criterios de exclusión:

Antecedentes de radioterapia en cabeza y cuello.

Infección por VHC

SIDA

Linfomas pre-existentes

Sarcoidosis

Uso de drogas anticolinérgicas

Tratamiento

Es necesario remitir con el especialista para su tratamiento integral. En cuanto a la cavidad bucal, es indispensable el manejo de la hiposalivación para evitar las alteraciones secundarias en los tejidos blandos y duros de la boca; basado en 4 fases.^{4,5,11,15}

- 1.- Paliativo sintomático: Beber agua, evitar tabaco y alcohol, etc.
- 2.- Prevención de daños: Higiene oral
- 3.- Estimulación salival local (tópica): Comer cítricos, zanahorias crudas, goma de mascar o caramelos sin azúcar y/o la utilización de sialogogos como la pilocarpina.
- 4.- Sustitutos de saliva: Saliva artificial, agua de linaza y leche.

Material y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y observacional. Se revisaron los 500 expedientes de los pacientes adultos, ingresados a la clínica Odontológica de Admisión y urgencias del Instituto Universitario Franco Inglés de México A.C. (IUFIM) durante el semestre escolar Agosto a Enero, de los cuales se seleccionaron a los pacientes que refirieron xerostomía y/o sequedad ocular, a los cuales se les realizó test de Schirmer (oftálmico) y test de flujo salival (test de Schirmer bucal): utilizando una tira de papel filtro Whatman del número 41,¹⁶ tomando como criterio (hiposalivación) los valores ≤ 0.5 ml por 5 minutos.⁸ Los pacientes que presentaron hiposalivación constituyeron la muestra del estudio. Se pidió el consentimiento del paciente para participar en el estudio y para la toma de biopsia de glándulas salivales menores del labio, para la identificación de lesión linfopitelial benigna.

Se reunió la información necesaria en una ficha de recolección de datos diseñada para este estudio, respecto a edad, género y los ítems del I al V de los criterios para el diagnóstico del Síndrome de Sjögren.^{3,8}

Se concentró la información en una base de datos para obtener los resultados y se realizaron pruebas de independencia entre variables utilizando la prueba χ^2 a un nivel de confianza del 95%.

Resultados.

La muestra estuvo constituida por 23 pacientes que refirieron xerostomía y/o sequedad ocular, además de presentar hiposalivación, representando el 4.6% del total de pacientes adultos ingresados en 6 meses al IUFIM. De los 23 casos el 87% (20 pacientes) correspondieron al sexo femenino y el restante 13% (3 pacientes) al sexo masculino, con una relación H: M de 1:6.6 a favor de las mujeres. El rango de edad fue de 40 a 81 años, con una media aritmética de 50. Del total de la muestra, 14 pacientes (61%) refirieron xeroftalmia, de estos el 86% (12 pacientes) fueron mujeres ($p < 0.05$); mientras que 16 pacientes (70%) refirieron xerostomía, siendo 87% (14 pacientes) del sexo femenino ($p < 0.05$); ambos casos resultaron estadísticamente significativos.

De acuerdo a la valoración de los criterios internacionales para el diagnóstico de Síndrome de Sjögren,⁸ 14 pacientes (61%) refirieron al menos uno de los signos oculares, 9 pacientes (39%) resultaron positivos al test de Schirmer, 6 pacientes (26%) tuvieron diagnóstico de lesión linfopitelial benigna. Los 23 pacientes (100%) refirieron síntomas orales y también presentaron hiposalivación; dando como resultado 6 casos de Síndrome de Sjögren.

De los 6 casos positivos a Síndrome de Sjögren, el 83% (5 casos) correspondió a mujeres y solo el 17% (1 caso) a hombres, con una relación H: M de 1:5. El rango de edad fue de 52 a 81 años con una media aritmética de 70.

En el cuadro 1 se observa la distribución de los 6 pacientes (26%) que presentaron al menos 4 de los ítems positivos incluyendo el ítem IV en todos los casos⁸. Todos los pacientes fueron positivos a los ítems I, II, IV y V; solo dos casos (33%) fueron negativos en el ítem III.

Paciente	I	II	III	IV	V	Síndrome e Sjögren
1	+	+	+	+	+	+
2	+	+	+	+	+	+
3	+	+	+	+	+	+
4	+	+	+	+	+	+
5	+	+	+	+	+	+
6	+	+	+	+	+	+

Cuadro 1. Evaluación de los criterios para el diagnóstico de Síndrome de Sjögren, de los 6 pacientes con Lesión Linfopitelial Benigna.

Uno de los 6 pacientes de este grupo refirió padecer Artritis Reumatoide (Fotografías 1, 2, 3). Fueron diagnosticados 5 casos con Síndrome de Sjögren primario y un caso con Síndrome de Sjögren secundario.



Fotografía 1: Paciente femenino con Xeroftalmia como manifestación del SS.



Fotografía 2: Complicaciones bucales por Hiposalivación en la misma paciente.



Fotografía 3. Daño articular.

Discusión.

La muestra representó el 4.6% del total de los pacientes ingresados a las clínicas del IUFIM durante un periodo de 6 meses, estando los resultados dentro de los parámetros de prevalencia del Síndrome de Sjögren determinados en la literatura.^{2,4,10}

Para el diagnóstico del Síndrome de Sjögren es necesario realizar una exploración detallada de los tejidos bucales

en busca de manifestaciones clínicas por la falta de saliva, así como, la identificación de sequedad ocular o incluso queratoconjuntivitis. Ante cualquiera de estos, es necesario enfocar el interrogatorio hacia la identificación de los signos oculares y orales del Síndrome de Sjögren, para posteriormente aplicar las pruebas necesarias, con las cuales se completará el perfil del paciente y se establecerá el diagnóstico. En los casos que no reúnan los criterios será necesario indagar sobre otra posibilidad diagnóstica asociada a la sequedad bucal.⁵

El test de flujo salival es un método sencillo y confiable para determinar la presencia de hiposalivación en los pacientes que refieren xerostomía o presentan complicaciones clínicas por la falta de saliva.^{2,5,16}

De acuerdo a la clasificación internacional para el diagnóstico del Síndrome de Sjögren,^{3,8} el 26% de los pacientes del presente estudio presentaron 4 ó 5 de los criterios (incluyendo el ítem IV), por lo cual fueron diagnosticados con Síndrome de Sjögren, clasificada hasta el momento como primaria, excepto uno de los pacientes que refirió padecer Artritis Reumatoide, el cual fue diagnosticado con Síndrome de Sjögren secundario. Estos datos resaltan el importante papel del Odontólogo en el diagnóstico de enfermedades que involucran los tejidos de la boca; respecto al Síndrome de Sjögren, una vez comprendidos los criterios para su diagnóstico, es posible para el cirujano dentista identificarlos en sus pacientes, siguiendo un protocolo básico de: registro de síntomas, observación de signos y pruebas complementarias. Posteriormente será necesario remitir a los pacientes con el profesional adecuado para que complete el diagnóstico de la enfermedad.

Respecto a la relación H:M, en el presente trabajo se obtuvo de 1:5, discrepando de la literatura en donde coinciden con un 1: 9 a favor de las mujeres,^{2, 4, 10} esta diferencia se puede atribuir al tamaño de la muestra, ya que solo un paciente con los criterios de diagnóstico fue de sexo masculino.

Los 6 casos de Síndrome de Sjögren fueron remitidos al servicio hospitalario que les corresponde, para la valoración de Autoanticuerpos Anti-Ro y/o Anti-La, así como, descartar la presencia de otra enfermedad de origen autoinmune en los pacientes, y sobre todo para su tratamiento, ya que estos pacientes requieren de atención multidisciplinaria; el manejo de la hiposalivación se llevó a cabo en el IUFIM.

Es importante considerar que aunque los pacientes con Síndrome de Sjögren pudieran sobrellevar su enfermedad controlando solo los síntomas oculares y orales, pueden padecer otra enfermedad autoinmune como la Artritis Reumatoide o el Lupus Eritematoso Sistémico que son mortales, además de, considerar la posibilidad de malignización de la lesión linfopitelial benigna dando como resultado el desarrollo de Linfomas.³

Conclusiones.

El Síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune, que afecta las glándulas exocrinas, incluyendo por supuesto las glándulas salivales, dando como signo importante para su diagnóstico la xerostomía, que el Odontólogo fácilmente puede corroborar como hiposalivación, para posteriormente tomar una biopsia de glándulas salivales menores del labio en busca de Lesión linfocitética benigna, la cual es uno de los dos criterios más confiables para el diagnóstico de esta enfermedad.

La resequedad ocular y bucal son los síntomas iniciales del Síndrome de Sjögren, su identificación oportuna permite en el paciente una mejor calidad de vida; por otro lado, una vez establecido el diagnóstico podrían identificarse y tratar de forma temprana enfermedades autoinmunes, evitando así el curso crónico y mortal de la enfermedad.

Referencias Bibliográficas.

1. Barrille-Fabris. Síndrome de Sjögren. *Rev Mex Reumat* 2004;18(2):137-46.
2. Mosqueda Taylor A, et al. *Tópicos selectos de Oncología Bucal*. Planeación y desarrollo editorial. México, D.F. 2007.
3. Bagán JV. *Medicina Bucal*. Editorial Medicina Oral, S.L. 2da Edición. Valencia España 2010.
4. Neville, Damm, Allen, Bouquot. *Oral & Maxillofacial Pathology*. 3ra Edición. U.S.A. WB Saunders; 2009.
5. Ibáñez NR. Hiposalivación/Xerostomía. *Med Oral* 2011;2:58-64.
6. Mathews, Kurien and Scofield. *Oral Manifestations of Sjögren's Syndrome. Criterial reviews*. *Oral Biology & Medicine* 2008;87(4):308-18.
7. Margaix M, Bagán JV, Proveda R, Jumenez Y and Carrión G. Sjögren's Syndrome of the oral cavity. Review and Update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009;14(7):325-30.
8. Vitali C, Bombardieri S, Jonsson R, Moutsopoulos HM, Alexander EL et al. Classification criteria for Sjögren's syndrome: a revised version of the European criteria proposed by the American-European Consensus Group. *Ann Rheum Dis* 2002;61:554-8.
9. Wong David T. *Salivary Diagnostics*. Wiley-Blackwell, U.S. 2008.
10. Bültzingslöwen I, Sollecito T, Fox P, Daniels T, Jonsson R et al. Salivary dysfunction associated with systemic diseases: systematic review and clinical management recommendations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007;103(suppl 1):S57.e1-S57.e15.
11. Porter SR., Scully C., Path FRC., Hegarty AM. An update of the etiology and management of xerostomia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004;97:28-46.
12. Fox P, Browman J, Segal B and cols. Oral involvement in primary Sjögren syndrome. *J Am Dent Assoc* 2008;139:1592-1601.
13. Pacholke H, Amdur R, Morris C, Li J, Dempsey J, Hinerman R, Mendenhall W. Late Xerostomia After Intensity-Modulated Radiation Therapy Versus Conventional Radiotherapy. *Am J Clin Oncol* 2005; 28: 351-8.
14. Scardina GA, Sapano G, Carini. Diagnostic Evaluation of Serial sections of Labial Salivary Gland Biopsies in Sjögren's Syndrome. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007;12(8):565-8.
15. Bascones A, Tenovuo J, Ship J, Turner M, Mac – Veigh I, López-Ibor JM, Lanzos E, Aliaga A. Conclusiones del Simposium 2007 de la Sociedad Española de Medicina Oral sobre “Xerostomía. Síndrome de Boca Seca. Boca Ardiente”. *Av Odontostomatol* 2007; 23 (3): 119-126.

16. López P, Bermejo A, Bagán JV, Pascual E. Comparison of a New Test for the Measurement of Resting Whole Saliva with the Training and the Swali Techniques. *Braz Dent J* 1996;7:81-86.

Correspondencia.

Dra. Norma Guadalupe Ibáñez Mancera

Árbol de la vida Norte No.132

Col. Bellavista,

Metepec, Méx.

E-mail: manceranorma@hotmail.com