



Tratamiento interdisciplinario en un paciente con síndrome de Sjögren. Reporte de caso

C.D. María Laura Plaza Useche,* M. en C. Alma Alicia Soto Chávez,**

C.D. Miguel Ángel Ramírez Aguilar,* C.D.E.P. Alondra del Carmen Ruiz Gutiérrez,**

C.D. Naomi Uehara,*** C.D.E.P. Alejandra Huerta Carrillo****

RESUMEN

El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune caracterizada por un proceso crónico inflamatorio de las glándulas exocrinas, cuya manifestación fenotípica es la queratoconjuntivitis seca y la xerostomía, con tendencia rampante al desarrollo de caries, enfermedad periodontal e infecciones bacterianas y fúngicas. El mismo, de acuerdo a sus manifestaciones, puede ser clasificado como primario o secundario y tal clasificación guiará el tratamiento a elegir, el cual, en la mayoría de los casos es principalmente sintomático. El síndrome de Sjögren primario tiene una prevalencia poblacional de 0.5 al 1%, una distribución geográfica universal y afecta a todas las razas; sin embargo, predomina en mujeres en una relación de 9:1 respecto a los hombres. **Procedimiento:** En el presente reporte de caso, el objetivo fue señalar el diagnóstico y la progresión del tratamiento odontológico interdisciplinario de un paciente con xerostomía y caries rampante. Con base en los antecedentes médicos y dentales, además de la anamnesis e inspección clínica, se fundamentaron los siguientes **Resultados:** En los antecedentes patológicos, el paciente fue diagnosticado con síndrome de Sjögren a los 28 años de edad, y a nivel periodontal presenta periodontitis crónica localizada así como gingivitis inducida por placa asociada a factores como la caries rampante y la pérdida de sustancia dental. **Conclusiones:** El tratamiento dental de los pacientes con SS es una labor difícil, debido a que muchos elementos pueden modificar el curso o el tratamiento del mismo. Por lo tanto, el conocimiento de la naturaleza de las patologías relevantes es fundamental para profundizar en las diferentes estrategias diagnósticas y terapéuticas.

Palabras clave: Síndrome de Sjögren, caries rampante, xerostomía, hiposalivación, enfermedad autoinmune.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune, clínicamente caracterizada por xerostomía

ABSTRACT

*Sjögren's syndrome is an autoimmune disease characterized by a chronic inflammation of exocrine glands whose phenotypic manifestation is keratoconjunctivitis sicca and xerostomia, prone to the development of rampant caries, periodontal disease and bacterial and fungal infections. There on, according to its manifestations, can be classified as primary or secondary, and such classification guide the treatment of choice, which in most cases is mainly symptomatic. Primary Sjögren's syndrome has a population prevalence of 0.5 to 1%, universal geographic distribution and affects all races; however, predominates in women 9:1 in relation to men. **Procedure:** In this case report, the target was the point to the diagnosis and progression of interdisciplinary dental treatment of a patient with xerostomia and rampant caries. Based on medical and dental history, besides the anamnesis and clinical inspection, were based the following **Results:** In the medical history, the patient was diagnosed with Sjögren's syndrome at 28 years of age and periodontal level presents localized chronic periodontitis plaque induced gingivitis associated with factors such as rampant decay and loss of tooth substance. **Conclusions:** The dental treatment of patients with SS is a difficult task because many elements can alter the course or treatment of the same. Therefore, knowledge of the nature of the relevant pathologies is essential to further various diagnostic and therapeutic strategies.*

Key words: *Sjögren syndrome, rampant caries, xerostomía, hyposalivation, autoimmune disease.*

y queratoconjuntivitis seca.¹ Tales características son debidas a exocrinopatías producto de la infiltración linfocítica con predominio de células T y con pocas células B, además de macrófagos dentro de las glándulas salivales y lagrimales, lo que resulta en sequedad de boca y ojos.^{2,3} Esta sequedad se encuentra, usualmente, acompañada por síntomas no específicos como malestar general, fatiga y signos extraglandulares como vasculitis, polineuropatías y artritis, los que pueden aparecer tempranamente.⁴ El SS afecta generalmente a mujeres de mediana edad (35-45 años), en una proporción 9:1; no obstante, puede aparecer en edades pediátricas así como al final de la adolescen-

* Residente. Especialidad en Periodoncia.

** Instructora. Especialidad en Periodoncia.

*** Residente. Especialidad en Prostodoncia.

**** Instructor. Especialidad en Prostodoncia.

Universidad de Guadalajara. Guadalajara Jalisco, México.

Recibido: 23 de junio de 2013. Aceptado: 01 de julio de 2013

cia.^{5,6,7} Cuando el síndrome de Sjögren aparece solo es diagnosticado como síndrome de Sjögren primario; en tanto que cuando ocurre junto con otra enfermedad autoinmune (como artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y otras patologías) se diagnostica como síndrome secundario.^{5,7,8}

Dentro de las complicaciones bucales que comúnmente se presentan están: la caries dental rampante, atrofia mucosa, ardor, incremento de la susceptibilidad a enfermedades bacterianas y fúngicas como la candidiasis, desarrollo de enfermedad periodontal, dificultad en la retención de prótesis mucosoportadas, compromiso del habla, deglución y reducción de la sensación de gusto.^{3,7,9} Para su diagnóstico, se consideran cuatro aspectos de relevancia: la histopatología de las glándulas salivales, inspección ocular (test de Schirmer), inspección oral (sialometría, resonancia magnética de glándulas salivales, etc.) y evaluación serológica, por ejemplo, anticuerpos para Ro/SS y antígenos La/SS.^{3,7} De estos cuatro aspectos generales, se derivan seis criterios, donde cuatro de éstos son necesarios para establecer el diagnóstico de síndrome de Sjögren.^{5,7} El tratamiento para los pacientes con síndrome de Sjögren es, principalmente, sintomático y se enfoca a reconocer y tratar las complicaciones de la enfermedad.⁷ Las opciones de tratamiento consisten en tres enfoques, propuestos por Barker, Moffitt y Johnson; los tres sugieren, inicialmente, la hidratación de los tejidos en aras de evitar la sequedad y la sensación de ardor; a continuación, la reducción o el control de la caries rampante—característica de estos pacientes— a través de un correcto control de la placa bacteriana así como la topificación con sustancias fluoradas; por último, el perfeccionamiento de la oclusión y restauraciones dentales.^{6,10} Para la hidratación de los

tejidos aquejados por la xerostomía o hiposalivación pueden emplearse humidificadores de aire, de agua, sustitutos de la saliva, sialogogos, terapia farmacológica e inmunológica, y más recientemente, métodos no farmacológicos como la electroestimulación salival.^{3,5,9}

El tratamiento de la xerostomía es importante debido a las complicaciones antes señaladas; éstas tienden a disminuir la calidad de vida de los pacientes, la estética de su dentadura, el confort personal, su autoestima y su interacción social.¹¹

Por lo antes expuesto, el objetivo del presente reporte es indicar el tratamiento odontológico interdisciplinario en un paciente con síndrome de Sjögren primario, el cual, a la evaluación clínica y radiográfica, presenta un diagnóstico de periodontitis crónica moderada, localizada en el primer molar superior derecho y gingivitis inducida por placa con factores locales contribuyentes.¹²

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Una paciente mujer de 39 años de edad, originaria de la ciudad de Guadalajara, Jalisco. Es referida a la especialidad de Periodoncia de la Universidad de Guadalajara con la queja principal de tener daño dental extenso debido al Síndrome de Sjögren, el cual presenta una evolución de 10 años. En el análisis estético extraoral, destacan una sonrisa alta, hipermovilidad labial y extrusión dentoalveolar (*Figura 1*).

El análisis estético intraoral del sextante anterior muestra una proporción dental largo/ancho aumentada con valores de 88 y 86% en los incisivos centrales superiores¹³ (*Figura 2*). Es evidente la resequedad de las mucosas debido al síndrome de Sjögren y también son notorios los múltiples diastemas en la parte anterosuperior y anteroinferior (*Figura 3*). En general,



www.medigraphic.org.mx

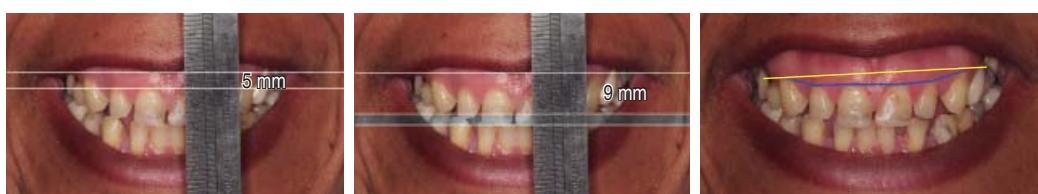


Figura 1. Dinámica de la sonrisa.

los órganos dentarios presentan pigmentaciones parduscas, caries, restauraciones defectuosas y pérdida de sustancia oclusal —así como en caras palatinas—, acentuadas en los dientes anteriores/superiores.

En la exploración periodontal se presentan: una banda de encía queratinizada —la cual va de 2 a 5 mm—, inflamación marginal, recesiones gingivales, profundidad al sondeo (que va desde 1 a 4 mm) con pérdida de inserción máxima de 6 mm; finalmente, presencia de placa dental y de cálculo dental (*Figura 4*).

El estudio radiográfico reveló la presencia del O.D (1.8) retenido, además de la presencia de sequestros radiculares del O.D (1.6). Aunado a esto: ausencias dentarias con una altura ósea adecuada, imágenes radioopacas compatibles con restauraciones endodónticas y protésicas e imágenes radiolúcidas en la estructura dental compatibles con lesiones cariosas. (*Figura 5*)

Se estableció el diagnóstico de: periodontitis crónica moderada localizada en primer molar superior derecho y gingivitis inducida por placa, con factores locales contribuyentes (de acuerdo al Workshop

1999),¹² pulpitis, necrosis pulpar, infección endodóntica secundaria^{14,15} y caries rampante. El pronóstico periodontal fue: sin esperanzas para el primer y tercer molar superiores derechos así como para el segundo premolar superior izquierdo, y bueno para el resto de los órganos dentarios.¹⁵

Se expusieron las alternativas de tratamiento al paciente y (una vez realizada la interconsulta con el endocrinólogo tratante) se estableció el siguiente plan de tratamiento: fase inicial, la cual consistió en instrucciones de higiene oral, raspado coronal, eliminación de restauraciones defectuosas y de caries, así como un protocolo de topificación de flúor¹⁶; posteriormente, se realizó la extracción de los órganos dentarios sin esperanza, la terapia endodóntica y las restauraciones provisionales, de acuerdo a las proyecciones de un *mock up* (*Figura 6*).

La fase correctiva consistió en procedimientos quirúrgicos de alargamiento de corona para restablecer el espacio del espesor biológico perdido debido a la caries subgingival en todos los sextantes¹⁷ (*Figura 7*).

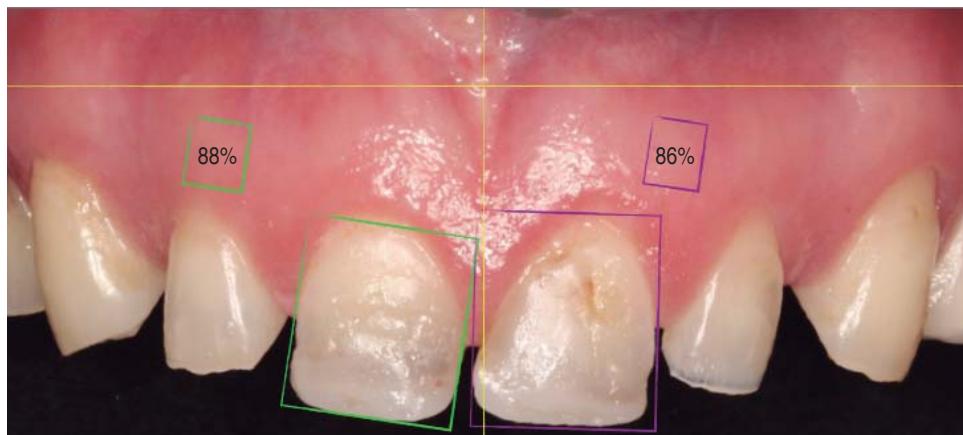


Figura 2.

Proporción largo y ancho de los centrales superiores.



Figura 3.

Características de la mucosa oral y diastemas dentales.



Figura 4. Exploración intraoral.

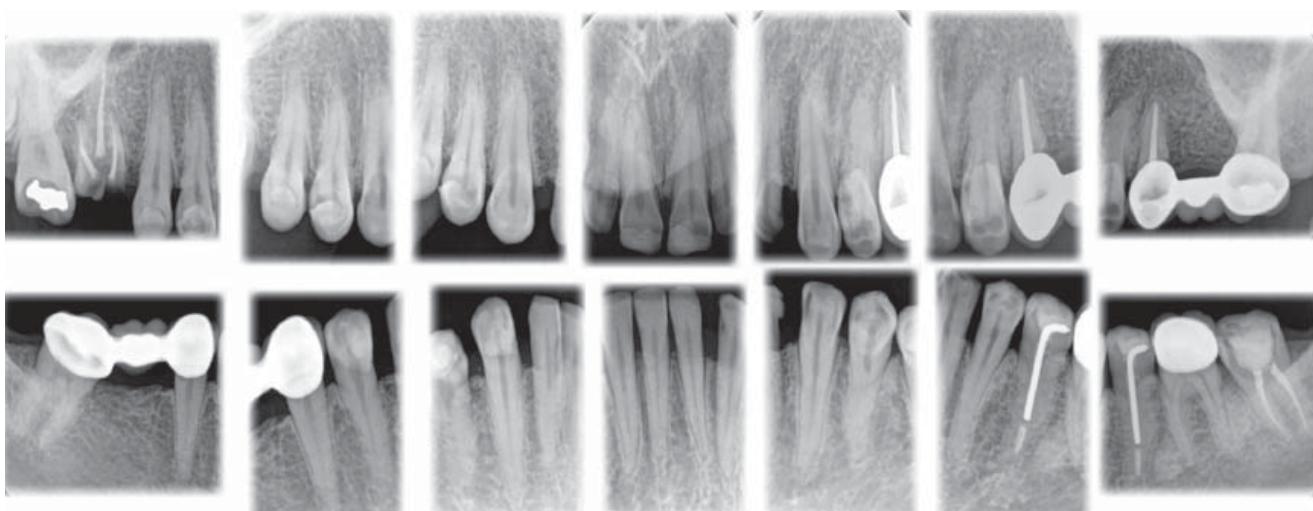


Figura 5. Estudio radiográfico perapical.

El departamento de prostodoncia proporcionó las guías quirúrgicas para el manejo de las zonas con relevancia estética. Bajo anestesia local, fueron realizados los procedimientos de alargamiento de corona, con el fin de restablecer el espacio del espesor biológico y obtener tejido dental sano. Se diseñaron incisiones submarginales e intracreviculares y se elevó el colgajo a espesor total; se realizó ostectomía y osteoplastia con reposición posterior del colgajo; se suturó con Vicryl 4-0 con puntos, obteniendo cierre primario. Además, se instruyó al paciente en el uso de clorhexidina al 0.12%, tres veces al día, durante dos semanas postoperatorias. El paciente recibió tratamiento analgésico/antiinflamatorio (ibuprofeno 600 mg, una cápsula cada ocho horas durante cinco días). Las suturas fueron retiradas a la semana. El paciente fue valorado en la octava semana posterior al procedimiento quirúrgico (*Figura 8*), periodo durante el cual se realizaron las restauraciones provisionales de *bis acryl* por parte del Departamento de Prostodoncia. La fase de mantenimiento se programó cada



Figura 6. Prueba de *Mock up*.



Figura 7. Cirugía de alargamiento de corona.

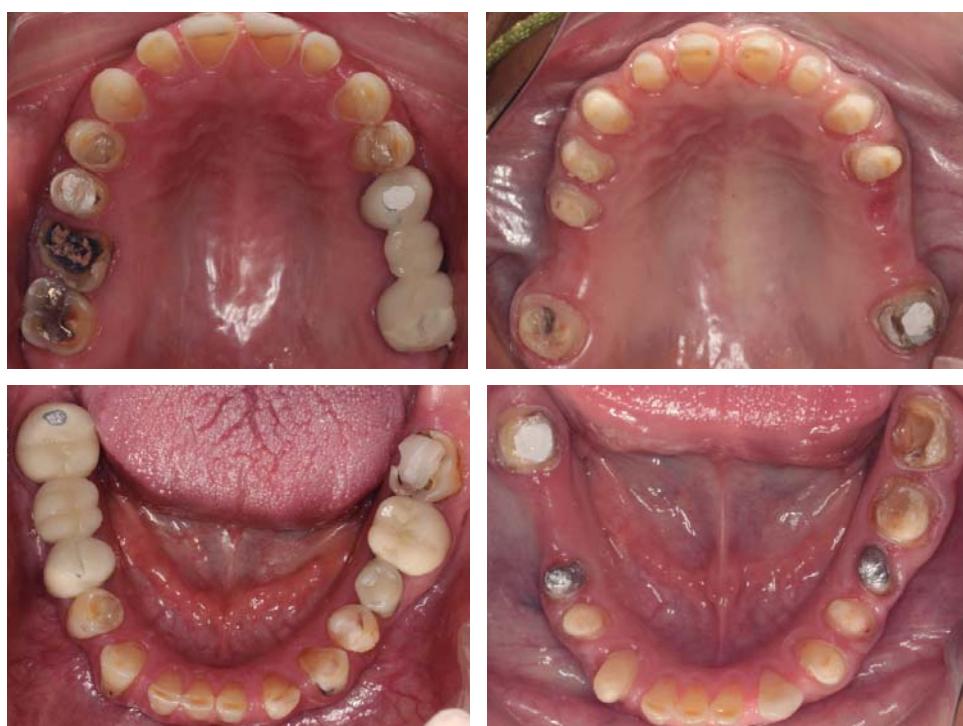


Figura 8.

Cicatrización postoperatoria.

tres meses, ésta consistió en la evaluación del control de la placa, profundidad y sangrado al sondeo, niveles de inserción clínica, control de caries y, finalmente, se remitió al paciente al Departamento de Ortodoncia para la colocación de aparatología fija en la arcada inferior, con el fin de distribuir los espacios en el sextante antero-inferior para, de esta manera, continuar con las restauraciones definitivas.

DISCUSIÓN

Una estimación prudente, aunque realista, de los estudios presentados hasta ahora, sería que el síndrome primario de Sjögren es una enfermedad con una prevalencia inferior o igual a 0,6% de la población general (seis por cada 1.000).³ En estos pacientes, la cantidad de saliva se ve disminuida,

lo que produce enfermedades mediadas por la placa dentobacteriana como la caries dental y la enfermedad periodontal, así como la tendencia a desarrollar candidiasis.^{18,19,20} Comúnmente, la resequedad de las mucosas en boca y en ojos (queratoconjuntivitis seca) son los primeros signos en afectar al paciente y, además, facilitan el diagnóstico al momento de recibir a los pacientes en la consulta odontológica.²¹ De acuerdo con la literatura, el tratamiento sintomático de estos pacientes debe complementarse con un control riguroso de la placa dentobacteriana, tratada con clorhexidina al 0.12%, cremas dentales fluoradas después de cada comida (1100-1500 ppmf) y sustancias fluoradas en la terapia de mantenimiento, tanto de los tejidos duros como de los blandos; en relación a las prótesis, sobre todo las fijas, la selección del material y posición del margen de restauración debe



Figura 9. Antes y después.

enfocarse a evitar la recidiva de la caries rampante.⁶ Para mantener la higiene bucal y la humectación de los tejidos, así como estimular la secreción salival, se ha reportado el uso de humidificadores de aire, gomas de mascar libres de azúcar, sialogogos, saliva artificial, terapia farmacológica e inmunológica, así como la estimulación eléctrica de las glándulas salivales; por último, se ha probado la motivación del paciente.^{3,9,21,22} A pesar de que los tratamientos son descritos de manera adecuada, pocos estudios refieren la condición, el enfoque del tratamiento periodontal²³ y el uso de ortodoncia en estos pacientes.

CONCLUSIONES

La saliva es un elemento importante para mantener la salud bucal, ya que regula la actividad bacteriana y el mantenimiento de la higiene oral; la disminución en su flujo disminuye su eficacia en estas actividades, lo que favorece la aparición de caries e infecciones fúngicas. Así, en pacientes diagnosticados con SS, el tratamiento dental es una ardua labor que requiere de un trabajo coordinado por todas las especialidades odontológicas, con base en el conocimiento de la naturaleza de las patologías asociadas a esta condición, para así profundizar en las diferentes estrategias terapéuticas. Además, es de suma importancia comprender que el tratamiento oral no termina cuando se han completado los procedimientos quirúrgico-restauradores, sino que continúa en la fase de mantenimiento realizada en el hogar y en el consultorio dental, ésta dictará un tratamiento dental exitoso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aframian D, Kontinen Y, Carrozo M, Tzioufas A. Urban legends series: Sjögren's syndrome. *Oral Diseases*. 2013; 19: 46-58.
2. Jonsson R, Moen K, Vestheim D, Szodoray P. Current issues en Sjögren's syndrome. *Salivary glands and saliva*. *Oral Diseases*. 2002; 8: 130-140.
3. Nakagawa Y. Management of dry mouth in Sjögren's syndrome. *Jap Dent Science Rev*. 2011; 47: 115-123.
4. Bootsma H, Spijkervet F, Kroese F, Vissink A. Toward New Classification Criteria for Sjögren's Syndrome?. *Arthritis & Rheumatism*. 2013; 65 (1): 21-23.
5. Mathews S, Kurien B, and Scofield R. Oral manifestations of Sjögren's syndrome. *J Dent Res*. 2008; 87 (4): 308-318.
6. Rivera H, Valero L, Escalona L, Roja-Sánchez F, Ríos M. Manejo multidisciplinario del paciente diagnosticado con el síndrome de Sjögren. *Act Odontol Ven*. 2009; 47 (3): 1-23.
7. Kassan S, Moutsopoulos H. Clinical Manifestations and Early Diagnosis of Sjögren Syndrome. *Arch Intern Med*. 2004; 164: 1275-1284.
8. Barker B, Moffitt M, Johnson J. Sjögren's syndrome: Diagnosis and dental treatment. *J Prosthetic Dent*. 1978; 38 (5): 536-538.
9. Lafaurie G, Fedele S, Granizo López R, Wolff A, Strietzel F, Porter S, Kontinen Y. Biotechnological advances in neuro-electro-stimulation for the treatment of hyposalivation and xerostomia. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009; 14 (2): E76-E80.
10. Gonzalez S, Sung H, Sepúlveda D, Gonzalez M, Molina C. Oral manifestations and their treatment in Sjögren's syndrome. *Oral Dis*. 2013 Mar 18. doi: 10.1111/odi.12105. [Epub ahead of print].
11. Soto-Rojas A, Kraus A. The oral side of Sjögren syndrome. *Diagnosis and treatment. A review*. *Arch Med Res*. 2002; 33: 95-106.
12. Armitage, G. Development of a Classification System for Periodontal Diseases and Conditions. *Ann Periodontol*. 1999; 4: 1-6.
13. Chiche G, Pinault A. Prótesis fija estética en dientes anteriores. Editorial Masson 2008.
14. Levin L, et al. Diagnostic Terms for Pulpal Health and Disease States. *J Endod*. 2009 Dec;35(12):1645-57.

15. Chevingy C. et al. Treatment Outcome in Endodontics: The Toronto Study Phase 4: Initial Treatment. JOE. 2008; 34: 258–263.
16. McGuire M. and Nunn M. Prognosis *versus* actual outcome. II. The effectiveness of clinical parameters in developing an accurate prognosis. J Periodontol. 1996; 67: 658-665.
17. Zimmer S, Jahn K, Barthel C. Recommendations for the use of fluoride in caries prevention. Oral Health Prev Dent. 2003; 1: 45-51.
18. Ong M, Tseng S, Wang H. Crown lengthening revisited. Clin Adv Periodontics. 2011; 1: 233-239.
19. Daniels TE. Sjögren's syndrome: clinical spectrum and current diagnostic controversies. Adv Dent Res. 1996; 10: 3-8.
20. Manthorpe R. Sjögren's syndrome criteria. Ann Rheum Dis. 2002; 61: 482.
21. Scully C, Felix HD. Update for the dental practitioner, dry mouth and disorders of salivation. British Dental Journal. 2005; 199: 423-427.
22. Boutsi E, Paikos S, Dafni U, Moutsopoulos H, Skopouli H. Dental and periodontal status of Sjögren's syndrome. J Clin Periodontol. 2000; 27: 231–235.
23. Ship J. Diagnosing, managing, and preventing salivary gland disorders. Oral Diseases. 2002; 8: 77-89.
24. López P, Camacho F, Rodriguez C, Andujar P. Effectiveness of a motivational-behavioral skills protocol for oral hygiene among patients with hyposalivation. Gerodontology. 2013 Mar 9. doi: 10.1111/ger.12037. [Epub ahead of print].

Correspondencia:

C.D. María Laura Plaza Useche

Tel: 045-33-31-95-13-10

E-mail: laurapla02@gmail.com