



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

**Manejo Estomatológico En El Paciente Con Síndrome De
Sjögren. Revisión Sistemática**

AUTORA:

Calle Bravo, Jenny Maribel

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
Odontóloga**

TUTORA:

Cruz Moreira, Karla Elizabeth

Guayaquil, Ecuador

13 de Septiembre del 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Calle Bravo, Jenny Maribel**, como requerimiento para la obtención del título de **Odontóloga**.

TUTOR (A)

f. *Karla Cruz M.*

Cruz Moreira, Karla Elizabeth

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Bermúdez Velásquez, Andrea Cecilia

Guayaquil, a los 13 días del mes de septiembre del año 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÀEDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Calle Bravo, Jenny Maribel**

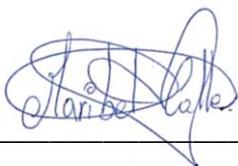
DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Manejo estomatológico en el paciente con síndrome de Sjögren. Revisión sistemática** previo a la obtención del título de **Odontóloga**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 13 del mes de septiembre del año 2021

LA AUTORA

f.  _____

Calle Bravo, Jenny Maribel



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Calle Bravo, Jenny Maribel**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Manejo estomatológico en el paciente con Síndrome de Sjögren. Revisión sistemática**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 13 días del mes de septiembre del año 2021

LA AUTORA

f. _____

Calle Bravo, Jenny Maribel

REPORTE DE URKUND

URKUND

karla.cruz (karla.cruz@cu.ucsg.edu.ec)

Documento: [TESIS ARTICULO SSJ.MC.docx](#) (D112192843)

Presentado: 2021-09-07 11:55 (-05:00)

Presentado por: Karla Elizabeth Cruz Moreira (karla.cruz@cu.ucsg.edu.ec)

Recibido: karla.cruz.ucsg@analysis.orkund.com

0% de estas 10 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

Karla Cruz M.

Lista de fuentes	Bloques
Categoría	Enlace/nombre de archivo
	ALVARI?O_MART?N_DM52539_20210429_3143_c062.pdf
	https://docplayer.es/177244407-Manifestaciones-bucales-del-sindrome-de-sjogren-presentac...
	caso.clinico.pdf
	https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000100009
	caso clínico .pdf

0 Advertencias. Reiniciar Exportar Compartir

MANEJO ESTOMATOLÓGICO EN EL PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN. REVISIÓN SISTEMÁTICA
STOMATOLOGICAL MANAGEMENT IN THE PATIENT WITH SJÖGREN'S SYNDROME. SYSTEMATIC REVIEW Calle
Bravo Jenny Maribel1, Dra. Cruz Moreira Karla Elizabeth2 1Estudiante de 9no Ciclo de la Carrera de
Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (UCSG), Ecuador. 2Especialista en Clínica
Estomatológica y Odontopediatria. Docente de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (UCSG),
Ecuador.

Karla Cruz M.

RESUMEN Introducción:

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. Objetivo: Determinar el tratamiento estomatológico con mejor resultado terapéutico en el Paciente con Síndrome de Sjögren. Materiales y métodos: El presente trabajo de investigación, tiene un enfoque cualitativo de tipo retrospectivo con un diseño descriptivo. El estudio se basó en el análisis de 20 artículos de Reportes de Casos. los cuales se obtuvieron mediante

TUTORA

f. *Karla Cruz M.*

Cruz Moreira, Karla Elizabeth

REPORTE DE URKUND



Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS ARTICULO SSJ MC.docx (D112192843)
Submitted: 9/7/2021 6:55:00 PM
Submitted By: karla.cruz@cu.ucsg.edu.ec
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

Karla Cruz M.

TUTORA

f. *Karla Cruz M.*

Cruz Moreira, Karla Elizabeth

AGRADECIMIENTOS

Dios, tu amor y tu bondad no tienen fin, me permites sonreír ante todos mis logros que son resultado de tu ayuda, y cuando caigo y me pones a prueba, aprendo de mis errores y me doy cuenta que los pones frente mío para que mejore como ser humano.

Este trabajo de tesis ha sido una gran bendición en todo sentido y te agradezco Padre; por darme fortaleza, sabiduría y guiarme durante esta etapa de mi vida que tenías escrito para mí un lindo destino académico. A mis padres Joel Calle e Hirma Bravo, porque son mi pilar, la motivación en mi vida, mi orgullo de ser lo que seré y gracias a ellos he logrado esta meta universitaria.

Mis hermanos Jhonny y Samuel, porque son la razón de sentirme tan orgullosa de culminar mi meta, gracias a ellos por confiar siempre en mí.

A mi novio Christian Coraizaca que fue mi gran apoyo durante toda mi carrera, por hacer de este camino más fácil, por acompañarme y cuidarme; dándome ánimo, amor y fuerzas cuando más lo necesitaba y siempre decirme “tú puedes, ya falta poco”.

Agradezco a mi amiga Zullay Janina Buri Garaví, por su amistad incondicional por todos los buenos momentos que hicieron de ésta etapa una experiencia increíble y posible, porque estuvo allí cuando necesita de alguien real donde nadie más quedaba; eres una gran persona y me encanta tenerte a mi lado como una gran amiga y futura colega.

Doy las gracias a los docentes de la carrera de Odontología por compartir sus conocimientos y habilidades, dejaron grandes enseñanzas en mi vida personal y profesional. Por último, agradezco de manera muy especial e importante a mi tutora, Dra. Karla Cruz por su tiempo, orientación, apoyo, paciencia y dedicación para elaborar de la mejor manera este trabajo, sin ella este proyecto no hubiese sido posible.

MUCHAS GRACIAS!

Calle Bravo, Jenny Maribel.

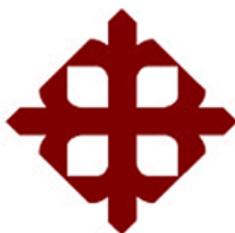
DEDICATORIA

Con gran satisfacción y regocijo quiero dedicar este proyecto académico en primer lugar a Dios, por permitirme cumplir este hermoso sueño.

A mis padres Joel Calle e Hirma Bravo, mis hermanos Jhonny y Samuel, por creer en mí y apoyarme durante estos largos años; por enseñarme que todo en la vida requiere dedicación y esfuerzo; que siempre hay que mirar hacia delante. A mi novio y amigo, Christian Coraizaca quién siempre me brindó su apoyo incondicional.

A las personas que creyeron en mí, familiares, amigos y a todos los que me apoyaron con mi trabajo de investigación. Quiero que sepan que éste logro no es solo mío sino también de ustedes.

Calle Bravo, Jenny Maribel.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Bermúdez Velásquez, Andrea Cecilia

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Pino Larrea, José Fernando

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

Terreros Caicedo, María Angélica

OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

CALIFICACIÓN

TUTORA

f. *Karla Cruz M.*

Cruz Moreira, Karla Elizabeth

MANEJO ESTOMATOLÓGICO EN EL PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN. REVISIÓN SISTEMÁTICA

STOMATOLOGICAL MANAGEMENT IN THE PATIENT WITH SJÖGREN'S SYNDROME. SYSTEMATIC REVIEW

Calle Bravo Jenny Maribel¹, Dra. Cruz Moreira Karla Elizabeth²

¹Estudiante de 9no Ciclo de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (UCSG), Ecuador.

²Especialista en Clínica Estomatológica y Odontopediatría. Docente de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (UCSG), Ecuador.

RESUMEN

Introducción: 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. **Objetivo:** Determinar el tratamiento estomatológico con mejor resultado terapéutico en el Paciente con Síndrome de Sjögren. **Materiales y métodos:** El presente trabajo de investigación, tiene un enfoque cualitativo de tipo retrospectivo con un diseño descriptivo. El estudio se basó en el análisis de 32 artículos de Reportes de Casos, los cuales se obtuvieron mediante búsquedas en Pubmed, ProQues, Google Scholar. **Resultados:** Se obtuvo un total de 48 pacientes de los Reportes de Casos con Síndrome Sjögren: 38 (79,17%) femeninas y 10 (20,83%) masculinos con una edad promedio 27 años, una edad mínima de 3 años y una edad máxima de 65 años. Se encontró 43 (89,58%) casos con Síndrome de Sjögren Primario y 5 (10,42%) con el secundario. Las características clínicas más prevalentes fueron la xeroftalmia con 33 (68,75%) y la xerostomía en 46 (95,83%). La hidroxiclороquina fue el medicamento más usado en 33 (68,75%) pacientes y en tratamiento bucal con mayor eficiencia fue la pilocarpina. **Conclusión:** La mejor atención es tratar de manera multidisciplinaria a los pacientes con la enfermedad de Sjögren con medidas para mejorar la calidad de vida, farmacológicas y tratamientos no farmacológicos para mantener bajo control la actividad de la enfermedad.

Palabra clave: Síndrome de Sjögren, enfermedades de glándulas salivares, xerostomía, xeroftalmía, medicina oral.

ABSTRACT

Introduction: Sjögren's syndrome is an autoimmune disease characterized by a chronic inflammatory process of the exocrine glands, the phenotypic manifestation of which is keratoconjunctivitis sicca and xerostomia, with a rampant tendency to develop cavities, periodontal disease and bacterial and fungal infections. **Objective:** To determine the stomatological treatment with the best therapeutic result in the Patient with Sjögren's Syndrome. **Materials and methods:** This research work has a retrospective qualitative approach with a descriptive design. The study was based on the analysis of 32 articles from Case Reports, which were obtained through searches in Pubmed, ProQues, Google Scholar. **Results:** A total of 48 patients were obtained from the Case Reports with Sjögren Syndrome: 38 (79.17%) female and 10 (20.83%) male, with an average age of 27 years, a minimum age of 3 years and a maximum age of 65 years. There were 43 (89.58%) cases with Primary Sjögren's Syndrome and 5 (10.42%) with secondary. The most prevalent clinical characteristics were xerophthalmia with 33 (68.75%) and xerostomia in 46 (95.83%). Hydroxychloroquine was the most used drug in 33 (68.75%) patients and in oral treatment with greater efficiency was pilocarpine. **Conclusion:** The best care is to treat patients with Sjögren's disease in a multidisciplinary way with measures to improve quality of life, pharmacological and non-pharmacological treatments to keep disease activity under control.

Keywords: Sjögren's syndrome, salivary gland diseases, xerostomia, xerophthalmia, oral medicine.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad sistémica autoinmune crónica, afecta principalmente a las glándulas lagrimales y salivales. Su principal característica es la presencia de ojos secos, también conocidos como xeroftalmía, y sequedad bucal como la xerostomía¹.

Principalmente se presenta de manera primaria, cuando las manifestaciones clínicas se limitan a las glándulas exócrinas; o secundaria, cuando se asocia con otra enfermedad autoinmune, como lupus eritematoso sistémico, artritis idiopática juvenil, esclerosis sistémica o enfermedad mixta del tejido conectivo².

Varios estudios demuestran que los pacientes con SS primario presentan baja calidad de vida y porcentajes elevados de depresión e indican una mayor incidencia de riesgo cardiovascular frente a la población sana³. La enfermedad afecta predominantemente a mujeres mayores de 40 años, con una tasa de incidencia de 5 casos/100.000 habitantes. Su etiopatogenia es

desconocida y el diagnóstico a menudo es complejo y tardío⁴.

El carácter sindrómico del SS primario y su predisposición a la evolución crónica dificultan su diagnóstico y el resultado de las distintas pruebas diagnósticas varía en función del tiempo de evolución del síndrome⁵.

El diagnóstico y tratamiento odontológico de pacientes con SS es de gran interés para el odontólogo, ya que frecuentemente es el primero en enfrentar clínicamente los signos y síntomas de la enfermedad, asociados con los cambios en el medio bucal dada la falta del fluido salival. El diagnóstico precoz, la atención y el cuidado óptimo de los pacientes con síndrome de SS, necesita de un conocimiento integral de esta condición por el odontólogo general, quien a su vez debe estar involucrado en un equipo multidisciplinario de salud médica⁶.

Teniendo como principal estrategia diagnóstica el estudio de los componentes oculares y bucales, es fundamental el trabajo multidisciplinario. Ante la sospecha de un Síndrome de Sjögren, una planificación diagnóstica idónea

sería primero la cuantificación de la secreción salival, tinción con rosa de bengala, posteriormente la gammagrafía salival y en último término la biopsia ⁵.

Es por ello que el propósito de este trabajo de investigación es evaluar la prevalencia del SS primario/secundario; identificar los signos y síntomas generales/bucales; conocer los exámenes de laboratorio que comúnmente se debe solicitar en estos pacientes para confirmar el diagnóstico y finalmente dar un tratamiento acorde al paciente. De esta manera se podría realizar una derivación oportuna que nos permitirá trabajar de una manera multidisciplinaria para posteriormente ofrecer un tratamiento odontológico adecuado que mejore la calidad de vida.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo investigativo es una revisión sistemática de enfoque cualitativo, descriptivo, retrospectivo, analítico y transversal.

La recopilación de datos se basó en artículos científicos de reportes de casos clínicos y serie de casos, la búsqueda se realizó a través de

buscadores como Pubmed, Cochrane y Google Académico, se usaron términos Mesh y palabras clave en inglés y español como: "Enfermedad autoinmune", "Síndrome de Sjögren", "Enfermedades de glándulas salivares", "Xerostomía", "Xeroftalmía" y "Medicina oral".

Al realizar la búsqueda se obtuvo un universo de 989 artículos científicos, de los cuales 413 cumplieron los criterios de búsqueda como: reporte de casos clínicos de pacientes menores de 65 años con Síndrome de Sjogren y artículos reportados en inglés y español de los últimos 10 años.

De los cuales se excluyeron aquellos artículos de casos clínicos de pacientes con Síndrome de Sjogren relacionados con cualquier otra enfermedad sistémica no asociados o embarazo y aquellos que no eran de libre acceso, dándonos una muestra total de 32 artículos para realizar el presente estudio.

De los 32 artículos se obtuvieron 48 pacientes en los que se evaluaron 5 variables: primero, el *diagnóstico del síndrome de Sjögren* (primario y secundario); segundo, *signos y síntomas generales*: donde se

analizó la xeroftalmia, artritis, alteraciones gastrointestinales, alteraciones de la piel y misceláneos. Tercero, *signos y síntomas orales* específicamente en xerostomía, labios secos, ardor bucal, glándulas hipertróficas, caries dentales y enfermedades infecciosas asociadas.

Cuarto, *métodos diagnósticos*: se analizó la valoración oftalmológica, serología (Anti-Ro, Anti-La, ANA), cuantificación de la secreción salival, biopsia de las glándulas salivales menores, ultrasonografía y gammagrafía de las glándulas salivales.

Por último se evaluó los *tratamientos* prescritos con mayor frecuencia.

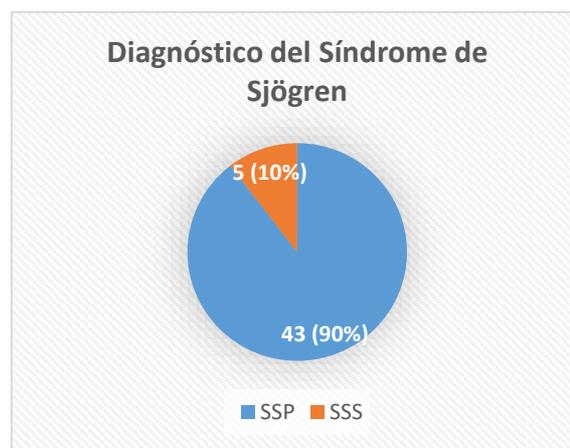
El análisis se realizó mediante estadística descriptiva, la tabulación de los datos recolectados de los artículos de esta investigación se efectuaron en Microsoft Excel 2013 y el software SPSS.

RESULTADOS

De los 32 artículos se obtuvo 48 pacientes de los cuales 38 (79,17%) fueron de sexo femenino y 10 (20,83%) de sexo masculino. La edad máxima fue de 65 años, la

edad mínima de 3 años y la edad promedio de 27 años.

En cuanto al *diagnóstico del Síndrome de Sjögren* existe: primario y secundario. Teniendo un diagnóstico Síndrome Sjögren Primario de 43 (89,58%) y un Secundario con 5 (10,42%) pacientes. **(Gráfico 1).**



En cuanto a los *signos y síntomas generales*: la xeroftalmia se encontró en 33 (68,75%) pacientes; seguido de la artritis con 27 (56,25%); alteraciones gastrointestinales con 7 (14,58%); alteraciones de la piel con 6 (12,50%) y misceláneos con 12 (25%). **(Tabla 1).**

SIGNOS Y SÍNTOMAS GENERALES

	Presente n (%)	Ausente n (%)	Total n (%)
Xeroftalmia	33 (68,75)	15 (31,25)	48 (100)
Artritis	27 (56,25)	21 (43,75)	48 (100)
Alteraciones Gastrointestinales	7 (14,58)	41 (85,42)	48 (100)
Alteraciones de la piel	6 (12,50)	42 (87,50)	48 (100)
Misceláneos	12 (25)	36 (75)	48 (100)

Tabla 1: Signos y síntomas generales.

Por otra parte, los *signos y síntomas bucales* más prevalentes fueron: xerostomía en 46 (95,83%) pacientes; seguido de las glándulas hipertróficas con 40 (83,33%); labios secos y ardor bucal con 10 (20,83%); caries dental con 7 (14,58%) y finalmente enfermedades infecciosas asociadas con 4 (8,33%). **(Tabla 2).**

SIGNOS Y SÍNTOMAS BUCALES

	Presente <i>n (%)</i>	Ausente <i>n (%)</i>	Total <i>n (%)</i>
Xerostomía	46 (95,83)	2 (4,17)	48 (100)
Glándulas hipertróficas	40 (83,33)	8 (16,67)	48 (100)
Labios secos y ardor bucal	10 (20,83)	38 (79,17)	48 (100)
Caries Dental	7 (14,58)	41 (85,42)	48 (100)
Enfermedades infecciosas asociadas	4 (8,33)	44 (91,67)	48 (100)

Tabla 2: Signos y síntomas bucales.

En cuanto a *métodos de diagnóstico*, sobre los test o pruebas que presentan mayor sensibilidad y especificidad para diagnosticar el Síndrome de Sjögren, las más usadas fueron: cuantificación de la secreción salival en 46 (95,83%) pacientes; seguido con exámenes de Bioquímica/serología (Anti-Ro, Anti-La, ANA) en 45 (93,75%); biopsia de la glándulas salivales con 39 (81,25%); valoración oftalmológica con 38 (79,17%);

ultrasonografía con 31 (64,58%) y finalmente gammagrafía de las glándulas salivales con 30 (62,50%).

(Tabla 3).

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

	Presente <i>n (%)</i>	Ausente <i>n (%)</i>	Total <i>n (%)</i>
Cuantificación secreción salival	46 (95,83)	2 (4,17)	48 (100)
Bioquímica/serología (Anti-Ro, Anti-La, ANA)	45 (93,75)	3 (6,25)	48 (100)
Biopsia de las glándulas salivales	39 (81,25)	9 (18,75)	48 (100)
Valoración oftalmológica	38 (79,17)	10 (20,83)	48 (100)
Ultrasonografía	31 (64,58)	17 (35,42)	48 (100)
Gammagrafía de las glándulas salivales	30 (62,50)	18 (37,50)	48 (100)

Tabla 3: Métodos de diagnóstico.

Los *tratamientos* prescritos con mayor frecuencia fueron: Inmunomoduladores/biológicos con 33 (68,75%) pacientes; seguido de los corticoides en 8 (16,67%) y finalmente los tratamientos bucales con 7 (14,58%). **(Tabla 4).**

TRATAMIENTO

	Presente <i>n (%)</i>	Ausente <i>n (%)</i>	Total <i>n (%)</i>
Inmunomoduladores/biológicos	33 (68,75)	15 (31,25)	48 (100)
Corticoides	8 (16,67)	40 (83,33)	48 (100)
Tratamientos bucales	7 (14,58)	41 (85,42)	48 (100)

Tabla 4: Tratamiento.

DISCUSIÓN

En la investigación realizada se evaluó 48 pacientes reportados en la literatura, y se encontró que el sexo femenino es de mayor prevalencia para padecer Síndrome de Sjogren, con una cantidad de 38 casos (79,17%), en cambio, en el grupo de sexo masculino se encontraron 10 casos (20,83%). Esto concuerda con el artículo de Baldini et col. que en su estudio de 1115 pacientes obtuvieron 1.067 (95,7%) casos pertenecientes al sexo femenino y de sexo masculino se presentaron 48 (4,3%) casos ⁷.

De acuerdo con la literatura se presenta la enfermedad en pacientes adultos de ambos sexos pero con mayor prevalencia en el sexo femenino debido a que las hormonas sexuales juegan un importante rol en la etiología de la enfermedad ⁸.

La edad máxima fue de 65 años, la edad mínima de 3 años y la edad promedio de 27 años. Aguilar et col. manifiesta que el Síndrome de Sjögren se puede presentar a cualquier edad, con superioridad en personas entre la cuarta y quinta década de vida. En pacientes pediátricos la presencia de esta

enfermedad es muy rara. Concordando con Maciel et col. donde la edad media más prevalente es de 64,6 años ⁹. Ladino M. et col. explican que la prevalencia del SS en niños es casi incierta, dado a que no se cumplen los criterios de evaluación por la corta permanencia en ellos de la enfermedad ².

En cuanto al diagnóstico del síndrome de Sjögren, en este estudio se obtuvo 43 (89,58%) pacientes con SS primario mientras que en el secundario solo encontramos 5 (10,42%) casos. En el artículo de Aguilar et col. reportaron que el SS primario era más prevalente que el secundario corroborándolo con las pruebas de sensibilidad y especificidad realizadas ⁸. Acorde a esto, existe ciertos anticuerpos en la sangre llamados SS-A, SS-B y anticuerpos antinucleares (ANAS) en las personas con Síndrome de Sjögren primario; que les ayuda a combatir enfermedades determinadas. Las personas con el síndrome de Sjögren secundario presentan estos y además otros tipos de anticuerpos debido a su asociación con otras enfermedades autoinmunes como: artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico o esclerosis

sistémico⁹. Matesanz, detalla que en el Síndrome de Sjögren existe VI criterios para su diagnóstico¹⁰. Criterio I: Sensación de ojos secos, criterio II: Sensación de boca seca, criterio III: Disminución de la secreción lacrimal, criterio IV: Criterio histopatológico, criterio V: Disminución y valoración de la secreción salival y Criterio VI: Presencia en el suero sanguíneo de autoanticuerpos (antiRo y antiLa). En relación con lo mencionado, los pacientes con SS primario deben presentar cuatro de los seis criterios, incluyéndose siempre el criterio IV (histopatología) o VI (autoanticuerpos). También se considera que padecen la enfermedad si presentan al menos tres de los criterios objetivos (III, IV, V, VI). Los pacientes con SS secundario deben mostrar positivos el criterio I o II y al menos dos de los criterios III, IV y V¹⁰.

En cuanto a los signos y síntomas generales: la xeroftalmia se encontró en 33 (68,75%) pacientes; seguido de la artritis con 27 (56,25%); alteraciones gastrointestinales con 7 (14,58%); alteraciones de la piel con 6 (12,50%) y misceláneos con 12 (25%). La xeroftalmia es el síntoma más común informado por pacientes

con SS primario, denominada queratoconjunctivitis seca¹¹. Los síntomas de la xeroftalmia del SS pueden incluir una variedad de sensaciones, incluyendo picazón, aspereza y dolor; en casos más graves agrandamiento de la glándula lagrimal, córnea, ulceración vascularización, opacificación y muy raramente, perforación¹². Por otro lado, Gómez et col. encontraron una elevada frecuencia de manifestaciones extra-glandulares severas y poco comunes, la parte neurológica se presentaron convulsiones, polineuropatía sensitiva axonal, angioma cerebral y manifestaciones disautonómicas¹³. En cuanto a los signos y síntomas bucales más prevalentes fueron: xerostomía en 46 (95,83%) pacientes; seguido de las glándulas hipertróficas con 40 (83,33%); labios secos y ardor bucal con 10 (20,83%); caries dental con 7 (14,58%) y finalmente enfermedades infecciosas asociadas con 4 (8,33%). Billings et col. en su estudio obtuvieron un total de 1303 pacientes; el cual 964 (74%) tuvo xerostomía, indicando que un paciente de alto riesgo con xerostomía tiene un 64% de probabilidad de tener SS. La

xerostomía tiene hallazgos clínicos como una puntuación de enfoque más alta, un flujo salival más bajo e inflamación de la glándula salival, podría considerarse un marcador sustituto de la progresión de la enfermedad de SS ¹⁴. La xerostomía afecta al 90 % de los pacientes con Síndrome de Sjögren primario y el SSs, la frecuencia e intensidad suele ser menor ¹. De acuerdo con algunos autores se indica que al momento de presentarse poca producción de saliva se manifiesta signos clínicos y enfermedades orales por la presencia de placa bacteriana, las más comunes pueden ser caries, enfermedad periodontal, labios secos y fisurados, lengua eritematosa y fisurada; comunmente encontrando queilitis angular, inflamación de las glándulas, ulceraciones orales y candidiasis ¹⁵.

En cuanto a métodos de diagnóstico, sobre los test o pruebas que presentan mayor sensibilidad y especificidad para diagnosticar el Síndrome de Sjögren, las más usadas fueron: cuantificación de la secreción salival en 46 (95,83%) pacientes; seguido con exámenes de bioquímica/serología (Anti-Ro, Anti-La, ANA) en 45 (93,75%);

biopsia de la glándulas salivales con 39 (81,25%); valoración oftalmológica con 38 (79,17%); ultrasonografía con 31 (64,58%) y finalmente gammagrafía de las glándulas salivales con 30 (62,50%). Maciel et col. relatan que su estudio de 106 pacientes con SSp, presentó principalmente los dominios glandular, articular y biológico. Entre las pruebas que utilizaron los médicos para realizar el diagnóstico de SSp, los estudios serológicos se realizaron con mayor frecuencia. El 70% de los pacientes tenía anticuerpos antinucleares positivos, 75% tenía anticuerpos anti-SSA y 58% anticuerpos anti-SSB, 49% tenía factor reumatoide positivo y el 49% tenía hipergammaglobulinemia ¹⁶. El interrogatorio y el examen clínico o físico son importantes, pero la sialometría tiene principal relevancia en la consulta odontológica y resulta ser un buen indicador de disfunción glandular; sin embargo este examen unicamente no puede diagnosticar SS, sino que se necesita realizar otras pruebas ⁶. La biopsia incisional de las glándulas salivales accesorias o menores es un procedimiento para confirmar el diagnóstico, siendo una prueba muy fiable ¹⁷.

Por último los tratamientos prescritos con mayor frecuencia fueron: Inmunomoduladores/biológicos con 33 (68,75%) pacientes; seguido de los corticoides en 8 (16,67%) y finalmente los tratamientos bucales con 7 (14,58%). En nuestra base de datos de los 48 pacientes utilizaron 33 inmunomoduladores/biológicos, en el cual dentro de este grupo está la hidroxicloroquina, rituximab, metotrexato y la ciclofosfamida. Rihl et col. realizaron un análisis en 14 pacientes con Ssp, todos los pacientes eran mujeres de edad media de 56 años, todas fueron tratadas con hidroxicloroquina debido a manifestaciones extraglandulares como artralgia o mialgia y síntomas de fatiga durante un rango 5,2 meses. Se observó que el tratamiento con HCQ fue bien tolerado sin efectos secundarios y se produjo un efecto beneficioso sobre la xerostomía en pacientes con SSp que carecen de manifestaciones orgánicas graves ¹⁸. Por otra parte, en pacientes con manifestaciones graves, el uso de metilprednisolona en dosis altas y la ciclofosfamida tiene una eficacia probada. En pacientes con vasculitis grave, especialmente con crioglobulinemia, rituximab o plasmaféresis son los

opciones de tratamiento recomendadas ¹⁹. En cambio los medicamentos antiinflamatorios (AINE) tienen efectos beneficiosos sobre los síntomas generales, como artralgia. En caso de afectación de órganos más graves, se deben agregar glucocorticoides ²⁰. Finalmente el tratamiento bucal con mayor eficacia fue la Pilocarpina, según el artículo de Papas et col. 256 pacientes con SSp, mostraron que la pilocarpina es eficaz para tratar xerostomía inducida por radiación (hasta 30 mg / día) y síntomas de sequedad de boca en los pacientes de Sjogren (hasta 20 mg / día). Reduciendo un alivio significativo de la sequedad bucal y ocular, esto incluye menor necesidad de lágrimas artificiales ²¹.

CONCLUSIONES

El síndrome de Sjogren primario tiene mayor prevalencia que el secundario, siendo la principal manifestación el complejo Sicca; que corresponde al ojo seco/boca seca. Por tal motivo, el papel del odontólogo es importante ya que podría realizar un diagnóstico precoz mediante los signos y síntomas que aparecen en la cavidad bucal. Por otra parte, el tratamiento que con mayor frecuencia reciben los pacientes, es mediante el uso de la hidroxiclороquina siendo un medicamento con menor efectos secundarios y mejor tolerado, teniendo grandes beneficios en las manifestaciones extraglandulares y la xerostomía. Es importante recalcar que el acompañamiento odontológico realizando topicaciones con flúor trimestrales o semestrales al igual que el uso de antimicóticos como profilaxis para prevenir las candidiasis asociadas a la hiposalivación también tiene gran relevancia dentro de la terapéutica.

RECOMENDACIONES

Se sugiere realizar más estudios de tipo descriptivo o experimental, donde se evalúe la pilocarpina y otros fármacos como tratamiento para la xerostomía y las complicaciones asociadas a la misma en cavidad bucal.

REFERENCIAS

1. Escobar DDC, Hurtado DOF, Luis D, Valdés G, González DLC, Tellería DAM. Manifestaciones bucales del síndrome de Sjögren. Presentación de un caso. Rev Méd Electrón. 16 de septiembre de 2016;38(6):1-10.
2. Ladino RM, Gasitulli OA, Campos MX. Síndrome de Sjögren. Caso clínico. Revista Chilena de Pediatría. enero de 2015;86(1):47-51.
3. López Valiente C, Saiz Saiz L, López Temina S. Beneficios del ejercicio físico en pacientes con Síndrome Sjögren primario: estudio de un caso. e-Motion: Revista de Educación, Motricidad e Investigación. 15 de julio de 2018;(10):1-10.
4. Rivera LMS, Ríos LV, Díaz CH, Pineda C. Evaluación ecográfica de la glándula salival: utilidad y diagnóstico en el síndrome de Sjögren. Revista Cubana de Reumatología. 30 de abril de 2015;17(2):178-81.
5. Curriu MS. Manifestaciones clínicas y presentación de un caso. Artículo científico Gaceta. 1 de junio de 2014;1(493):1-8.
6. Sturla Rojas G, Romo Ormazábal F, Torres-Quintana MA. Manejo clínico odontológico integral del paciente con síndrome de Sjögren: una propuesta. Av Odontoestomatol. agosto de 2014;30(4):205-17.
7. Baldini C, Pepe P, Quartuccio L, Priori R, Bartoloni E, Alunno A, et al. Primary Sjögren's syndrome as a multi-organ disease: impact of the serological profile on the clinical presentation of the disease in a large cohort of Italian patients. Rheumatology. mayo de 2014;53(5):839-44.
8. Aguilar GA, Reyes JM, Velazco JLG, Carrillo LGD. Síndrome de Sjögren. Revisión con un caso ilustrativo. 2016;(2):11.
9. Aguilar MVG, Acosta García JM, Cutiño Montero LR, Pompa Milanés LA. Síndrome de Sjögren. Reporte de dos casos y revisión de la literatura. Mul Med. 17 de junio de 2014;18(3):1-14.

10. Matesanz M, Chías G, Vidal J, Lapiedra C, Gómez E. síndrome de sjögren. Revisión e implicaciones en el ámbito de la salud oral. *cient dent*. 19 de febrero de 2014;11(1):49-54.
11. de Morais Santos LA, Melo Barbalho JC, de Bortoli MM, Amaral MX, do Egito Vasconcelos BC. Síndrome de Sjögren Primária – relato de caso. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. enero de 2013;13(2):63-8.
12. Narváez J, Sánchez-Fernández SÁ, Seoane-Mato D, Díaz-González F, Bustabad S. Prevalence of Sjögren's syndrome in the general adult population in Spain: estimating the proportion of undiagnosed cases. *Sci Rep*. diciembre de 2020;10(1):10627.
13. Ríos Gomes Bica BE, Saldarriaga Rivera LM, de Almeida Tupinambá H, Newton Leitão de Azevedo M. Síndrome de Sjögren juvenil primario: Estudio de cohorte. *Rev Cuba Reumatol [Internet]*. enero de 2015;17(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcur/v17n1/rcur07115.pdf>
14. Billings M, Dye BA, Iafolla T, Baer AN, Grisius M, Alevizos I. Significance and Implications of Patient-reported Xerostomia in Sjögren's Syndrome: Findings From the National Institutes of Health Cohort. *EBioMedicine*. octubre de 2016;12:270-9.
15. Ruiz Serrato A, Infantes Ramos R, Jiménez Ríos A, Luján Godoy PP. Síndrome de Sjögren y halitosis: descripción de un caso clínico. *Reumatología Clínica*. septiembre de 2016;12(5):298-9.
16. Maciel G, Crowson CS, Matteson EL, Cornec D. Prevalence of Primary Sjögren's Syndrome in a US Population-Based Cohort: Primary SS Prevalence. *Arthritis Care & Research*. octubre de 2017;69(10):1612-6.
17. de la Paz Suárez T de la P, García Alguacil C de los milagros, Núñez Rodríguez L. Boca seca: causas, diagnóstico y tratamiento. *Rev electron*. octubre de 2014;39(10):7.

18. Rihl M, Ulbricht K, Schmidt RE, Witte T. Treatment of sicca symptoms with hydroxychloroquine in patients with Sjogren's syndrome. *Rheumatology*. 1 de julio de 2009;48(7):796-9.
19. Stefanski A-L, Tomiak C, Pleyer U, Dietrich T, Burmester GR, Dörner T. The Diagnosis and Treatment of Sjögren's Syndrome. *Deutsches Aerzteblatt Online* [Internet]. 19 de mayo de 2017 [citado 17 de mayo de 2021]; Disponible en: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2017.0354>
20. Both T, Dalm VASH, van Hagen PM, van Daele PLA. Reviewing primary Sjögren's syndrome: beyond the dryness - From pathophysiology to diagnosis and treatment. *Int J Med Sci*. 2017;14(3):191-200.
21. Papas AS, Sherrer YS, Charney M, Golden HE, Medsger TA, Walsh BT, et al. Successful Treatment of Dry Mouth and Dry Eye Symptoms in Sjögren's Syndrome Patients With Oral Pilocarpine: A Randomized, Placebo-Controlled, Dose-Adjustment Study. *JCR: Journal of Clinical Rheumatology*. agosto de 2004;10(4):169-77.
22. Vishwanath S, Shen L, Suresh L, Ambrus JL. Anti-salivary gland protein 1 antibodies in two patients with Sjogren's syndrome: two case reports. *J Med Case Reports*. diciembre de 2014;8(1):145.
23. de Mendonça Invernici M, Finger Stadler A, Vale Nicolau G, Naval Machado MÂ, Soares de Lima AA, Compagnoni Martins M. Management of Sjogren's Syndrome Patient: A Case Report of Prosthetic Rehabilitation with 6-Year Follow-Up. *Case Reports in Dentistry*. 2014;2014:1-5.
24. Xu X, Zhu T, Wu D, Zhang L. Sjögren's syndrome initially presented as thrombotic thrombocytopenic purpura in a male patient: a case report and literature review. *Clin Rheumatol*. mayo de 2018;37(5):1421-6.
25. Yamashita H, Takahashi Y, Kaneko H, Kano T, Mimori A. Thrombotic thrombocytopenic

- purpura with an autoantibody to ADAMTS13 complicating Sjögren's syndrome: two cases and a literature review. *Modern Rheumatology*. marzo de 2013;23(2):365-73.
26. Plaza Useche CDML, Soto Chávez M en CAA, Ramírez Aguilar CDMÁ, Ruiz Gutiérrez CDEPA del C, Uehara CDN, Huerta Carrillo CDEPA. Tratamiento interdisciplinario en un paciente con síndrome de Sjögren. Reporte de caso. *Rev Mex Periodontol*. julio de 2013;IV(1):24-30.
27. Pan X, Huang F, Pan Z, Tian M. Treatment of serologically negative Sjögren's syndrome with tacrolimus: A case report. *J Int Med Res*. abril de 2020;48(4):030006051989383.
28. Shi M, Chen L. Sjögren's syndrome complicated with Fanconi syndrome and Hashimoto's thyroiditis: Case report and literature review. *J Int Med Res*. junio de 2016;44(3):753-9.
29. Li X, Lu Z, Wang Y. Syringomyelia-like syndrome in neuromyelitis optica spectrum disorder complicated with Sjogren's syndrome: a case report. *BMC Neurol*. diciembre de 2018;18(1):168.
30. Jayarangaiah A, Sehgal R, Epperla N. Sjögren's syndrome and Neuromyelitis Optica spectrum disorders (NMOSD) - a case report and review of literature. *BMC Neurol*. diciembre de 2014;14(1):200.
31. Benítez FY, Solis CU, de Armas HA, et al. Asociación entre Síndrome de Sjögren y enfermedad tumoral: a propósito de un caso. *AMC*. 2016;20(2):219-227.
32. Gayathry V.A, Siriwardena B.S.M.S, Jayasinghe R.D. Sjogren's Syndrome: A Case Report and Review of Literature. *Sri Lanka Dental Journal*. January 2016; 46(03) 109-115



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Jenny Maribel Calle Bravo**, con C.C: # 0928932897 autor/a del trabajo de titulación: **Manejo estomatológico en el paciente con Síndrome de Sjögren. Revisión sistemática** previo a la obtención del título de **Odontóloga** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **13 de Septiembre de 2021**

f. _____

Calle Bravo, Jenny Maribel

C.C: 0928932987

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Manejo estomatológico en el paciente con Síndrome de Sjögren. Revisión sistemática.		
AUTOR(ES)	Calle Bravo, Jenny Maribel		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Cruz Moreira, Karla Elizabeth		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Carrera de Odontología		
TÍTULO OBTENIDO:	Odontólogo		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	13 de Septiembre de 2021	No. DE PÁGINAS:	14
ÁREAS TEMÁTICAS:	Patología Oral		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Síndrome de Sjögren, enfermedades de glándulas salivares, xerostomía, xeroftalmía, medicina oral.		

RESUMEN/ABSTRACT-Introducción: 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. **Objetivo:** Determinar el tratamiento estomatológico con mejor resultado terapéutico en el Paciente con Síndrome de Sjögren. **Materiales y métodos:** El presente trabajo de investigación, tiene un enfoque cualitativo de tipo retrospectivo con un diseño descriptivo. El estudio se basó en el análisis de 20 artículos de Reportes de Casos, los cuales se obtuvieron mediante búsquedas en Pubmed, ProQues, Google Scholar. **Resultados:** Se obtuvo un total de 48 pacientes de los Reportes de Casos con Síndrome Sjögren: 38 (79,17%) femeninas y 10 (20,83%) masculinos con una edad promedio 27 años, una edad mínima de 3 años y una edad máxima de 65 años. Se encontró 43 (89,58%) casos con Síndrome de Sjögren Primario y 5 (10,42%) con el secundario. Las características clínicas más prevalentes fueron la xeroftalmía con 33 (68,75%) y la xerostomía en 46 (95,83%). La hidroxicloroquina fue el medicamento más usado en 33 (68,75%) pacientes y en tratamiento bucal con mayor eficiencia fue la pilocarpina. **Conclusión:** La mejor atención es tratar de manera multidisciplinaria a los pacientes con la enfermedad de Sjögren con medidas para mejorar la calidad de vida, farmacológicas y tratamientos no farmacológicos para mantener bajo control la actividad de la enfermedad.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593 – 968806341 / +593 - 988606651	E-mail: jenny.calle@cu.ucsg.edu.ec karla.cruz@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Pino Larrea, José Fernando.	
	Teléfono: +593 - 995814349	
	E-mail: jose.pino@cu.ucsg.edu.ec	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	