



**Universidad de Carabobo.
Facultad de Odontología.
Departamento de Formación integral del Hombre..
Informe de Investigación.**



Manifestaciones Bucales presentes en Pacientes con Síndrome de Sjogren

Autores:

-Peraza, Alberto.

-Pérez, Daniel.

Tutor:

-Labrador, Ma.Elena

Valencia, Julio del 2001

DEDICATORIA.

A Dios, a nuestras familias y a nuestros amigos por todo su apoyo, colaboración y paciencia, que hicieron posible que finalizáramos con éxito este proyecto.

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que de una u otra manera participaron en la realización de este trabajo. A las profesoras Azorena Martínez y Ma.Elena Labrador por su valiosa asesoría y al doctor Diego Di Liberti por su colaboración bibliográfica.

INDICE GENERAL.

	Pág
Dedicatoria.....	II
Agradecimientos.....	III
Índice General.....	IV
• Resumen.....	5
• Introducción.....	6
• Objetivos.....	8
• Justificación.....	9
 Capitulo I	
• Etiología y posibles vias de contagio.....	11
 Capitulo II	
• Manifestaciones clínicas, signos y síntomas, patogenia.....	13
 Capitulo III	
• Diagnostico exacto y un correcto diagnostico diferencial.....	17
 Capitulo IV	
• Pronostico y Plan de Tratamiento.....	.24
 Capitulo V	
• Análisis de investigaciones recientes.....	.27
 Conclusión.....	39
Bibliografía.....	41

UNIVERSIDAD DE CARABOBO.
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE..

Manifestaciones bucales presentes en pacientes con Síndrome de Sjogren.

Autor: Peraza, Alberto
Pérez, Daniel.
Tutor: Labrador, Ma.Elena
Año: 2001

RESUMEN.

El Síndrome de Sjogren (S.S), es una enfermedad Reumática Crónica de etiología viral, la cual se divide en S.S Primario, el cual no se asocia a otra enfermedad y el S.S Secundario asociado a enfermedades como Artritis Reumática, Lupus Eritematoso Sistémico, Cirrosis Biliar, etc,. Esta enfermedad produce una alteración del sistema inmune, por invasión linfocitaria de las glándulas exocrinas produciendo como síntoma Xerostomía y Xeroftalmia entre otros. El diagnostico lo debe realizar un equipo interdisciplinario mediante exámenes clínicos como la Gammagrafía, pruebas de anticuerpos, sialografía, biopsia de glándulas salivales menores, etc,. El tratamiento se ha establecido para el control de los síntomas y el alivio del paciente, ya que esta es una enfermedad incurable. La siguiente investigación es de tipo documental, en la cual se pretende profundizar en el conocimiento y mejor entendimiento de esta interesante patología, a través de revistas, libros, trabajos de ascenso e informaciones actualizadas de internet. La mayoría de los pacientes con Síndrome de Sjogren pueden realizar una vida normal, tanto en el trabajo como en la vida social. Muchos de los pacientes serán tratados con medicamentos para aliviar los síntomas. Esta es una enfermedad crónica que en ocasiones se complica y se requerirán tratamientos más fuertes. El hallazgo más importante en la actualidad es que existe evidencia de que el S.S es causado por un virus.

INTRODUCCIÓN.

El Síndrome de Sjogren es según la Sociedad Española de Reumatología (S.E.R) una enfermedad reumática crónica de etiología desconocida en la que un tipo de células llamadas linfocitos, invaden varias glándulas del cuerpo humano, lo cual ocasiona que estas funcionen de manera deficiente.

También se la denomina como “Mal de la Sequedad” por una serie de manifestaciones que se presentan en el individuo que la padece, siendo su característica clínica predominante la Xerostomía y la Xeroftalmia. Se plantea que su progresión es muy lenta

De esta manera, este trabajo toma como premisa todas las manifestaciones clínicas generales y en mayor grado las bucales presentes en pacientes que padecen de Síndrome de Sjogren. Debido a que son muy pocos los reportes de casos, su diagnóstico se ha visto dificultado, sobre todo para las personas que laboran en el área de la salud, las cuales pueden pasarla por alto; por consiguiente, es importante conocer las diversas pruebas y exámenes de laboratorio realizados para evaluar las alteraciones tanto sanguíneas como inmunológicas, para obtener un diagnóstico diferencial correcto y no confundir el síndrome con otra enfermedad.

La siguiente investigación es de tipo documental, en la cual se pretende profundizar en el conocimiento y mejor entendimiento de esta interesante patología, a través de revistas, libros, trabajos de ascenso e informaciones actualizadas de internet, para disipar muchas incertidumbres y así tener nuevas inquietudes en el campo de observación de pacientes que lleguen a la consulta odontológica, para poder realizar rápidamente un correcto diagnóstico y aplicar un adecuado plan de tratamiento.

Este trabajo consta de cinco capítulos en los cuales se describen aspectos importantes del Síndrome de Sjogren (S.S), se analizan las más recientes investigaciones relacionadas con los pacientes que lo padecen y se describen dos casos, uno de un paciente con S.S. primario y uno con S.S. secundario.

OBJETIVOS.

- Conocer la etiología y posibles vías de contagio de Síndrome de Sjogren.
- Describir las manifestaciones clínicas, tanto signos como síntomas presentes en pacientes que padecen de Síndrome de Sjogren y su patogenia.
- Establecer, de acuerdo a las características clínicas del paciente, un diagnóstico exacto y un correcto diagnóstico diferencial.
- Determinar un correcto pronóstico y plan de tratamiento para los pacientes que padecen de Síndrome de Sjogren.
- Analizar investigaciones recientes, tanto nacionales como internacionales relacionadas con las manifestaciones bucales presentes en pacientes que padecen de Síndrome de Sjogren

Justificación.

Como se mencionó anteriormente, es Síndrome de Sjogren por ser una enfermedad de tipo autosómica crónica, va a activar una infiltración linfocitaria a nivel de las glándulas exocrinas, afectando de esta manera el sistema inmune del organismo, el cual es el que defiende al cuerpo frente a agentes externos o antígenos. En esta patología reumática (Síndrome de Sjogren) el sistema inmune esta alterado perdiéndose así el equilibrio con el que realiza los mecanismos de autocontrol del organismo.

Actualmente el Síndrome de Sjogren se divide en dos tipos.

- Síndrome de Sjogren Primario: No se asocia a ninguna enfermedad.
- Síndrome de Sjogren Secundario: Se asocia a otras enfermedades como la Artritis Reumatoidea, Lupus Eritematoso Sistémico y Cirrosis Biliar Primaria entre otras.

De esta manera podemos observar que se presentan una serie de signos y síntomas mas específicos para el S.S. primario que en el S.S. secundario, siendo este ultimo producto de la enfermedad asociada. Muchos de estos signos y síntomas no son únicos para esta enfermedad y pueden llevar al profesional de la salud a dar un diagnostico equivocado.

El Síndrome de Sjogren afecta a las personas generalmente después del tercer decenio de la vida, siendo mayor su incidencia en las mujeres en una proporción de 9:1, es decir, que el 90% de los casos reportados pertenecen a pacientes femeninas.

Esta es una enfermedad muy poco frecuente y muy difícil de diagnosticar en etapas tempranas, debido a ello se debe dar la importancia que esta merece, y tanto el paciente como el profesional de la salud que lo atiende, no deben considerar como aislados algunos signos y síntomas como la xerostomía y la xeroftalmia y tratarlos por separado, sino que debe buscar toda la información pertinente y crear un equipo interdisciplinario para realizar un tratamiento en conjunto.

Lo que se busca con este trabajo, es ampliar los conocimientos de una manera resumida y práctica sobre el Síndrome de Sjogren, sobre todo en el área de la cavidad bucal, esperando que este aporte a la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, oriente a los estudiantes para que puedan tener acceso a esta información y poder darle la utilidad e importancia que esta merece, estando así en la capacidad de realizar un correcto diagnóstico al momento de que llegue un paciente con esta patología a la consulta odontológica.

Capítulo I.

• Etiología y posibles vías de contagio de Síndrome de Sjogren.

En 1933, Sjogren, un oftalmólogo sueco, descubre este síndrome en un paciente que padecía de Queratoconjuntivitis seca, manifestaciones de Xerostomía, hipertrofia tanto de las glándulas lagrimales como de las salivales y Artritis Reumatóidea. El síndrome es de diversas maneras, por la presencia de dos o más de estas manifestaciones.

De los pocos casos reportados a nivel mundial, la mayoría de ellos se han diagnosticado en los últimos 10 años. En nuestro país para 1993 solo tres menores lo han padecido. Las causas que desencadenan este mal se desconocen, pues los casos son muy pocos y por consiguiente las investigaciones al respecto son muy escasas. Se ha observado que con mayor frecuencia esta enfermedad ataca al sexo femenino en su edad intermedia con una relación de 9:1 con respecto a los hombres; aunque puede ocurrir a cualquier edad, incluida la infancia (los tres casos reportados en el país han sido niñas menores de edad).

La etiología del Síndrome de Sjogren es desconocida, aunque parece probable que una combinación de factores genéticos, hormonal, inmunológicos, virales y/o ambientales tengan un papel en la patogénesis. Esto sin embargo todavía no se ha demostrado, pero la mayoría de los investigadores consideran que una respuesta inmunitaria alterada es el principal factor intrínseco causante de la enfermedad.

Capítulo II.

• Manifestaciones clínicas, tanto signos como síntomas presentes en pacientes que padecen de Síndrome de Sjogren y su patogenia.

1. Manifestaciones Clínicas (Signos y síntomas de la enfermedad):

El Síndrome de Sjogren presenta una serie de manifestaciones iniciales que en un principio pueden ser algo inespecíficas para el diagnóstico de esta enfermedad; entre estas tenemos artralgia, fatiga y fenómeno de Raynaud. Desde la aparición de los síntomas iniciales hasta que la enfermedad se encuentra completamente pueden pasar muchos años, en algunos casos hasta más de 10 años.

Este síndrome en sí, consiste en una tríada de Xerostomía, Queratoconjuntivitis seca y en la mitad o dos tercios de los pacientes, Artritis Reumatoideá; aunque con menor frecuencia se encuentran afectadas otras glándulas exocrinas. La mayoría de los enfermos con Síndrome de Sjogren refieren una disminución de la función lagrimal y salival.

La afección ocular, una de las manifestaciones principales del síndrome se presenta como una sequedad en los ojos, referida así por la mayor parte de los pacientes, junto con una sensación de tener arena los párpados. Los síntomas de esta Queratoconjuntivitis seca se caracterizan por quemazón, acumulación de bandas gruesas en la comisura interna, disminución casi total o total de la secreción lagrimal, eritemas, fotosensibilidad y cansancio ocular; produciendo todo esto una irritación casi constante.

Una marcada Xerostomía es el principal síntoma bucal de los pacientes con Síndrome de Sjogren. Esta manifestación se asocia con una sensación de quemazón en la boca y garganta, conllevando esto a una voz ronca y débil, también se observa una dificultad para tragar los alimentos secos, ya que estos se adhieren a los tejidos, sensación permanente de ardor lingual y labios partidos. Se torna casi imposible hablar de manera continua, por lo que el paciente tiene la imperiosa necesidad de beber agua permanentemente cuando habla.



La presencia de caries múltiple y de enfermedad periodontal, también es común y se relaciona directamente con la sequedad bucal, debido a la ausencia de saliva en cantidad adecuada y normal; esto nos lleva a una disminución del efecto Buffer y de arrastre bacteriano de esta, aumentando de esta forma el pH en el medio bucal y favoreciendo a la acción de bacterias patógenas para dientes y encías. Otra consecuencia que conlleva la ausencia de saliva es la imposibilidad de portar una prótesis dental completa.

Dos tercios de los pacientes enfermos desarrollan una hipertrofia de la Parótida o de otras glándulas salivales mayores, aunque generalmente esto se da en el Síndrome de Sjogren primario y no en el secundario.

Como alteración de otras glándulas exocrinas, también podemos observar en algunos pacientes disminución en la secreción de las glándulas mucosas del árbol mayor respiratorio superior e inferior que consiste en sequedad nasal, faríngea y en la traquea y disminución en la secreción de las glándulas en el tracto gastrointestinal con la consiguiente atrofia de la mucosa esofágica, gastritis atrófica y pancreatitis subclínica. En algunos casos se ha observado en algunos pacientes sequedad vaginal y de los genitales externos que se asocia con Dispaneuría; y en otros casos sequedad en la piel.

El linfoma es una manifestación bien conocida en Síndrome de Sjogren, pudiendo este complicar la enfermedad en un 6% a 7% de los casos. Generalmente tal cambio neoplásico tiene una distribución extrasalival, pero la transformación a maligno puede originarse dentro de las glándulas.

2. Patogenia:

El Síndrome de Sjogren presenta dos fenómenos característicos una infiltración linfocitaria periductal de las glándulas salivales y una hiperreactividad de los linfocitos B. Estos linfocitos se infiltran al tejido y producen anticuerpos. La reacción antígeno-anticuerpo causa necrosis y destrucción de los tejidos.

Los estudios fenotípicos y funcionales demuestran que la célula que infiltra de manera predominante la glándula exocrina es la célula T colaboradora / inductora con características de célula de memoria. Los estudios más recientes demuestran que se puede desencadenar por un retrovirus.

Capítulo III.

● Estableciendo un diagnóstico exacto y un correcto diagnóstico diferencial.

1. Diagnóstico:

En la actualidad el diagnóstico odontológico no se obtiene aisladamente, para obtener un correcto y adecuado diagnóstico, el profesional debe consultar y trabajar conjuntamente con un equipo multidisciplinario, compuesto por un gran número de profesionales de la salud, los cuales darán también un diagnóstico y un plan de tratamiento de acuerdo al área en la cual se especializan.

En el área odontológica el diagnóstico se facilita gracias al amplio uso de técnicas como: sialometría, sialografías (Imagen nº 1) y la gammagrafía; aunque estas técnicas no son muy específicas pueden ser usadas junto con las biopsias de las glándulas salivales menores del labio (Imagen nº2) que ofrecen una mayor especificidad, permitiendo una confirmación histopatológica del infiltrado linfocitario.

Imagen Nº 1. Sialografia de parotida.

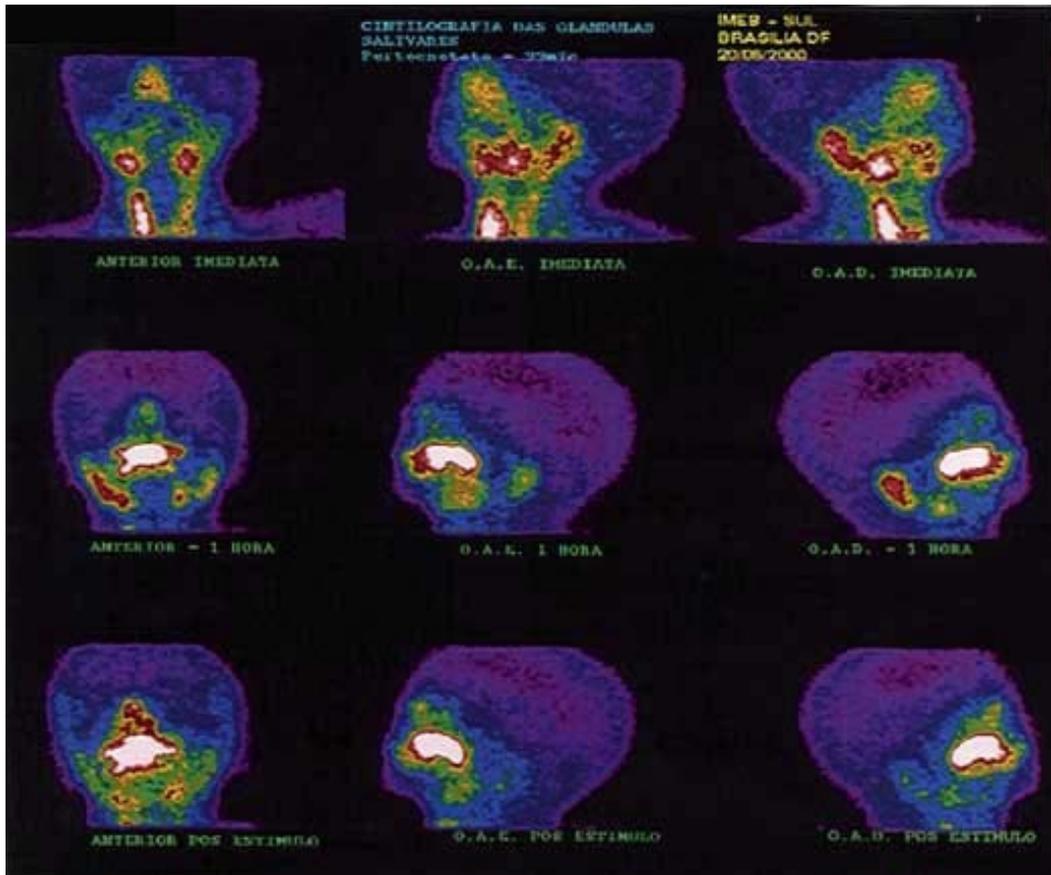
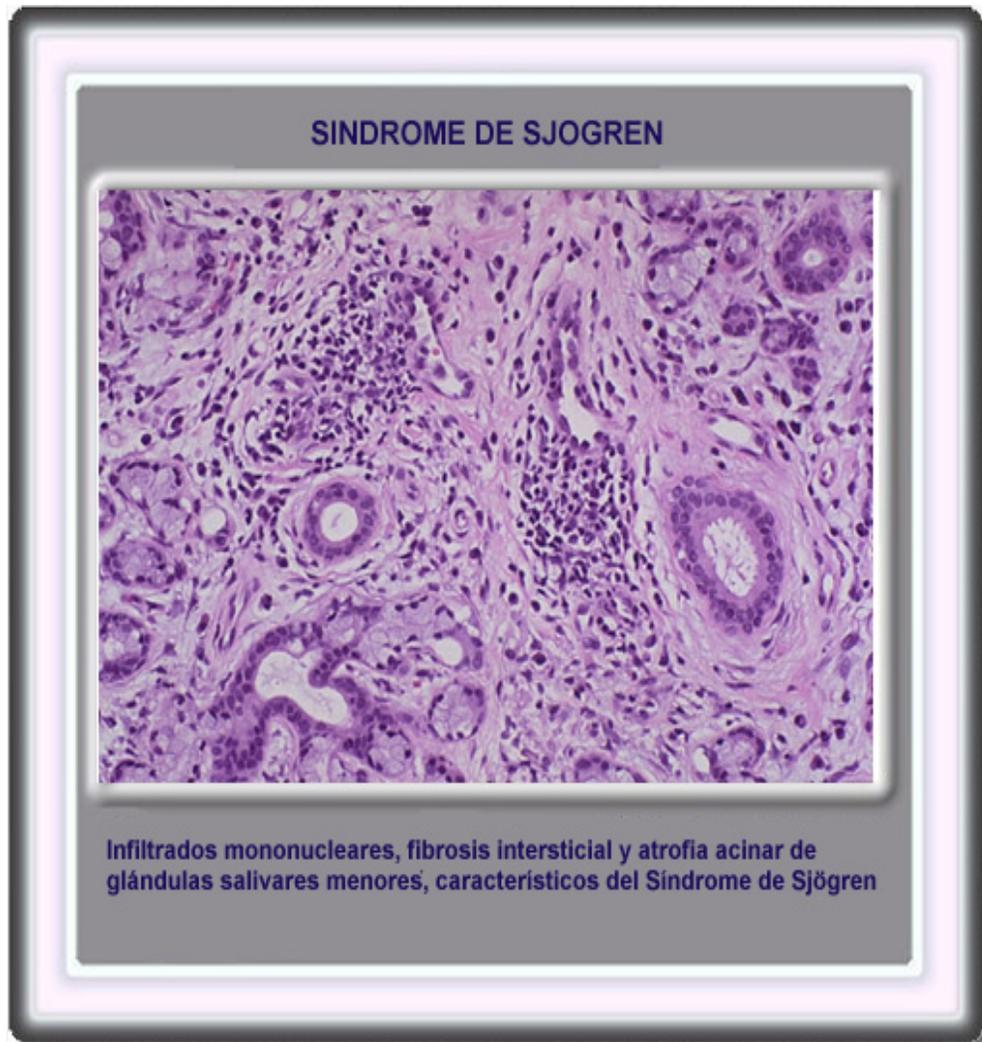


Imagen Nº 2. Biopsia de Glandula Salival Menor.



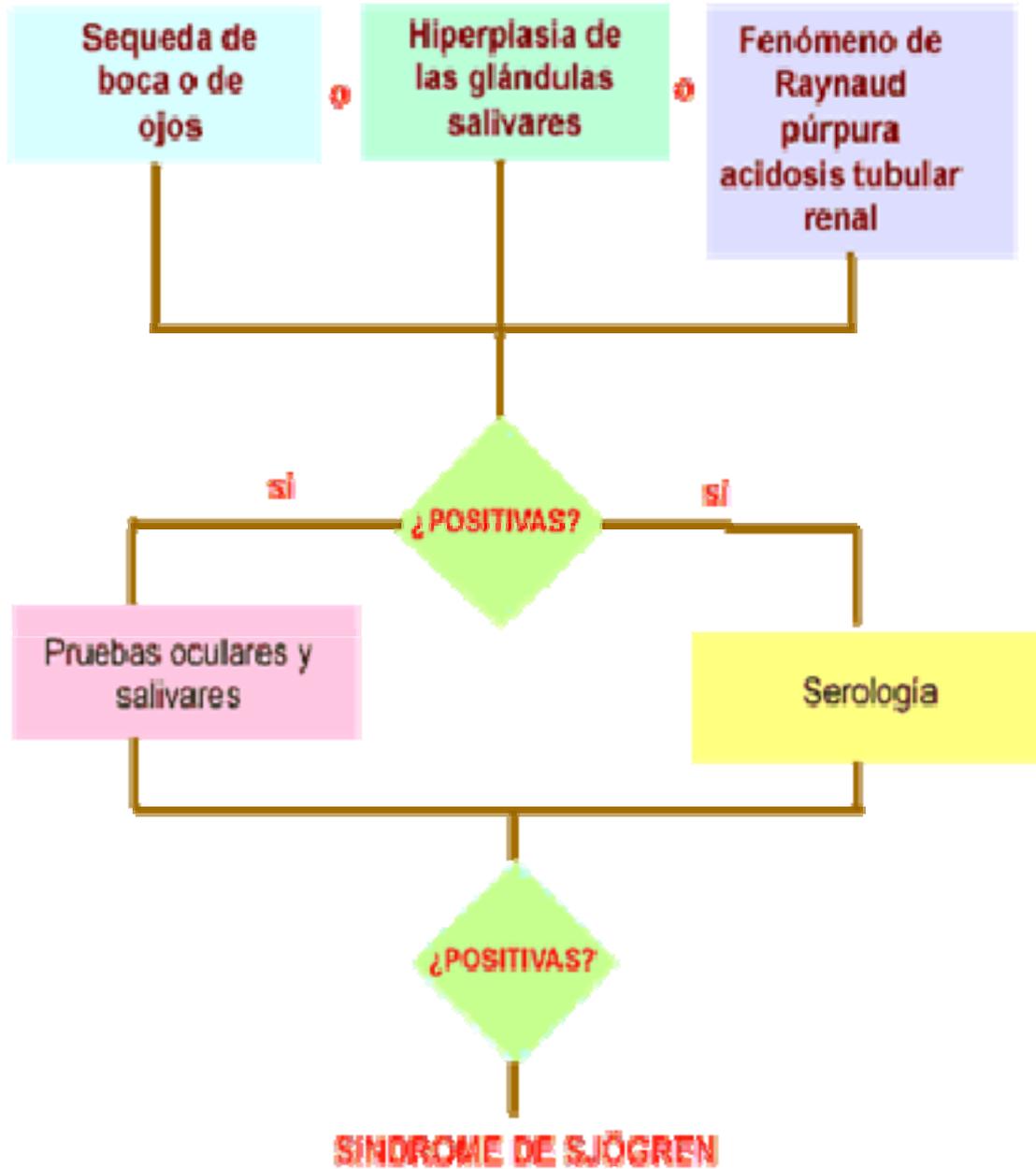
Para el diagnóstico clínico de la Queratoconjuntivitis seca usamos pruebas como: tinción con rosa de bengala, lámpara de hendidura.

También debemos usar otros métodos como la prueba de Schirmer y las pruebas serológicas.

La biopsia es el método más seguro de diagnóstico; la sialografía para evidenciar radiográficamente la progresión de la enfermedad; la sialometría se usa para medir el flujo salival con controles promedio, si obtenemos menos 5 ml de saliva pura de la parotida en 10 minutos xerostomía.

El flujo salival se determina usando la prueba de Schirmer, el procedimiento más exacto para detectar la Queratoconjuntivitis seca consiste en el estudio con lámpara de hendidura de la córnea y conjuntiva después de teñirlas con rosa de bengala, lo cual revela ulceraciones punteadas en la córnea y filamentos adheridos al epitelio de la córnea.

Imagen N° 3. Diagnostico.



2. Diagnostico Diferencial:

El Síndrome de Sjogren presenta como diagnostico diferencial todo el conjunto de enfermedades y patologías que producen sequedad bucal u ocular o hipertrofia de las glándulas salivales.

El SIDA en algunos casos puede presentar un cuadro clínico parecido al Síndrome de Sjogren aunque el VIH presenta otras manifestaciones que la diferencian; la Sarcoidosis produce hipertrofia de la glándula parotídea, el profesional puede en un primer momento confundirla, esto se descarta mediante una biopsia; otros diagnósticos diferenciales podrían ser con la enfermedad de Mikulicz, Síndrome de Heefordit, Linfoma Parotídea, Sialodentitis metabólica y El Síndrome parotídeo de Hashimoto.

Imagen N° 4. Dignostico Diferencial.

Xerostomia	Ojos secos	Hipertrofia parotídea bilateral
Infecciones víricas Fármacos antidepresivos antihipertensivos diuréticos parasimpaticolíticos Irradiación Diabetes mellitus Trauma Síndrome de Sjögren	Inflamación Síndrome de Stevens-Johnson Penfigoide Conjuntivitis crónica Blefaritis crónica Síndrome de Sjögren Quemaduras Fármacos Condiciones neurológicas Disfunción lagrimal Disfunción palpebral Varios Trauma Hipovitaminosis A Anormalidades de los párpados Córnea anestética Irregularidades epiteliales	Infecciones víricas Influenza Epstein-Barr Coxsackie A Citomegalovirus Paperas HIV Sarcoidosis Amiloidosis Síndrome de Sjögren Metabólicas Diabetes mellitus Hiperlipoproteinemia Pancreatitis crónica Cirrosis hepática Endocrinas Acromegalia Hipogonadismo

Capítulo IV.

● Pronóstico y plan de tratamiento para los pacientes que padecen de Síndrome de Sjogren.

Aunque se han realizado algunas investigaciones sobre el Síndrome de Sjogren, esta continua siendo una enfermedad incurable; el tratamiento consiste, en sustituir las secreciones deficientes para así reducir el daño producido por los efectos de la Xerostomía y la Queratoconjuntivitis, y de esta manera aliviar estos síntomas.

Muchos pacientes no necesitan tratamiento general, las medidas locales, como el uso de la metil-celulosa(lagrimas artificiales), para combatir la sequedad de los ojos que suele ser bastante molesta. De igual forma sucede con la sequedad bucal, para lo cual el especialista puede recetar una sustancia que genera o estimule la secreción salival.



El tratamiento odontológico para los casos leves de Xerostomía consiste en tomar abundante agua, masticar gomas o mentas sin azúcar para activar el flujo salival; en los casos avanzados soluciones de carboxil metil-celulosa de sodio son indicadas y si los acinos celulares de las glándulas están funcionales la pilocarpina es muy efectiva.



Se deben vigilar también las infecciones secundarias especialmente en las glándulas salivales y en la parte baja del aparato respiratorio. Para la Candidiasis, indicamos Nistatina en suspensión oral, ungüento o en óvulos; para la Glositis se debe recetar Benadryl en suspensión de 25 ml, anestésico local en crema con el Diclonal. La Cloroquina, es a veces útil para la Artritis, pero no tiene efecto sobre las anomalías glandulares.

En caso de Hipertrofia grave de la Parótida, la radioterapia produce una buena respuesta. No debe practicarse la extirpación quirúrgica debido a los recorridos y al riesgo de lesionar el nervio facial.

La Caries dental extensa es una complicación bastante común, la buena higiene bucal y las frecuentes aplicaciones de fluoruro están indicadas para reducir el problema.

Los geles de ácido propiónicos se aplican para tratar la sequedad vaginal.

Capítulo V.

🌐 Investigaciones recientes, tanto nacionales como internacionales relacionadas con las manifestaciones bucales presentes en pacientes que padecen de Síndrome de Sjogren.

A continuación se presenta una serie de artículos tomados de internet. Su contenido fue resumido a las partes más importantes y más resaltantes.

1.- ASOCIACIÓN ENTRE HEPATITIS AUTOINMUNE Y EL SÍNDROME DE SJOGREN:

(Blas R, Rios C, Fonseca M, *Ferrari Cifani A, *Bagnati A, Lema B, **Sorda J, **Fidor J. Sección de Reumatología y *Anatomía Patológica del Hospital Municipal Bernardino Rivadavia y **Servicio de Gastroenterología del Hospital de Clínicas José de San Martín. Buenos Aires).

La hepatitis autoinmune (HAI) es una afección hepática crónica de probable etiología autoinmune que se caracteriza por una alteración necroinflamatoria del hígado acompañado de anticuerpos circulantes y niveles elevados de globulina.

Presenta compromiso autoinmune de otros órganos en el 20% a 40% de los pacientes (Anemia Hemolítica, Síndrome de Sjogren (S.S) , Artritis Reumatoidea, etc.)

Objetivo: evaluar la presencia de S.S. en pacientes con HAI.

Materiales y métodos: Se estudiaron 28 pacientes con diagnóstico establecido de HAI. Se determinó la presencia de síntomas y signos de ojo y boca seca (Rosa de Bengala, Shirmer y sialometría). Todos los pacientes fueron sometidos a biopsias de glándulas salivales menores.

Conclusiones: Pocos reportes han establecido la relación entre HAI y S.S, Los pacientes con HAI presentaron complejo sicca en un 37% guardando estrecha relación tanto con los test oculares, sialometría y biopsia de labio. El 29,6% del los pacientes completo criterios para S.S. por lo que debería investigarse su asociación en este grupo de pacientes, así como la presencia de HAI en pacientes con S.S.

2.- BLOQUEO CARDIACO CONGENITO Y SINDROME DE SJOGREN:

(OSVALDO HUBSCHER, ALICIA EIMON, LUISA M. FERNÁNDEZ, ROBERTO M. ARANA. Sección de Reumatología e Inmunología. CEMIC).

La presencia de anticuerpos maternos es el factor de riesgo más importante para el desarrollo del síndrome de Lupus Neonatal, del cual el bloqueo cardiaco completo congenito (BCCC) forma parte. Por lo menos la mitad de las madres de estos pacientes con “bloqueo autoinmune” son asintomáticas en el momento del parto

y un porcentaje de ellas desarrolla una enfermedad inflamatoria del tejido conectivo a posteriori.

Siete casos (BCCC) ocurrieron en la descendencia de seis pacientes con Síndrome de Sjogren (S.S) primario. Una de las madres desarrollo S.S. tres años después del nacimiento de su segundo hijo con (BCCC).

El pronostico de estos 7 casos de (BCCC) nacidos de madres con (S.S.) fue muy desfavorable: 4 murieron in utero o en las primeras semanas o meses de vida y los otros requirieron de marcapasos a temprana edad.

Los casos de (BCCC) aquí descritos muestran que el pronostico de pacientes nacidos de un grupo diagnostico especifico (S.S) puede ser malo, por lo que las mujeres que presenten sintomatología asociada a (S.S.) deben conocer los riesgos que corren al tener un hijo.

3.- ASOCIACION DE CIRROSIS BILIAR PRIMARIA Y EL SÍNDROME DE SJOGREN.

(Blas Rodrigo, Rios Carlos, Caraccio Ana; Hourcle Silvina; *Ferrari Cifani A, *Bagnati A, *Lema B, **Sorda J, **Fidor J. Sección de Reumatología y *Anatomía Patológica del Hospital Municipal Bernardino Rivadavia y **Servicio de Gastroenterología del Hospital de Clínicas José de San Martín. Buenos Aires).

La Cirrosis Biliar Primaria (CBP) es una enfermedad hepática crónica de etiología desconocida, que afecta predominantemente a las mujeres y se caracteriza

por la presencia de anticuerpos antimitocondriales en cerca del 95% de los pacientes se asocia a patologías autoinmunes, como tiroiditis, anemia perniciosa, enfermedad inflamatoria intestinal y síndrome de sjogren, entre otras.

Objetivos: Determinar la presencia de (S.S.) en una población de pacientes con (CBP)

Materiales y métodos: Se estudiaron 42 pacientes con (CBP) Todos los pacientes fueron evaluados para signos y síntomas de Xeroftalmia y Xerostomía, realizándose también biopsia de glándulas salivales menores.

Conclusiones: El 52,5% de los pacientes con (CBP) presentó síndrome de sjogren secundario, coincidiendo con la literatura, por lo que se debería investigar su presencia en forma sistemática en los pacientes con (CBP) y viceversa.

A continuación, se describirán dos casos de pacientes que padecen de Síndrome de Sjogren, ambas mujeres, mayores de edad. Una padece de Síndrome de Sjogren primario, la otra de Síndrome de Sjogren secundario.

DESCRIPCIÓN DEL PRIMER CASO:

Nombre: HAYDEE ESCALONA DE CHANG.

Paciente femenina de 32 años de edad, quien es portadora de Síndrome de Sjogren desde el año 1985, presentando desde hace dos meses la sintomatología (mareos, desvanecimiento sin pérdida de la conciencia, caída del cabello, pérdida de peso, visión borrosa), hospitalizándose el día 07-01-88 con los siguientes diagnósticos:

- a) Síndrome Anémico.
- b) Síndrome de Sjogren.

Se solicitó la interconsulta con las siguientes especialidades en vista de requerir dicha patología de un estudio multidisciplinario.

- Servicio de Hematología.
- Servicio de Gastroenterología.
- Servicio de Oftalmología.
- Servicio de Odontología.
- Servicio de Medicina Interna.

Se practicaron los siguientes exámenes:

- Hematología.
- Biopsia de médula ósea.
- Rayos X de tórax.
- Endoscopia abdominal pélvico.
- Endoscopia alta.

Todos revelaron un estado normal de salud, excepto uno en el cual hubo una alteración en los valores del hierro sérico, concluyendo que se trata de Anemia Ferropriva por dos motivos (sangramientos menstruales y mala absorción de hierro)

• Sialografía Parotidea.

En la parótida del lado izquierdo se aprecia el conducto de Stenon de calibre normal, al igual que los conductos secundarios. Los conductos terciarios tienen terminaciones saculares múltiples adoptando la imagen conocida como “racimos de uva”, indicativos de cambios inflamatorios crónicos. Así mismo la glándula luce aumentada de volumen en toda su extensión sin lesiones ocupantes de espacio. Del lado derecho se aprecia un conducto de Stenon de mayor calibre que lo normal y hay grado de distorsión en los conductos secundarios y terciarios los cuales muestran terminaciones saculares.

La conclusión obtenida fue una Sialodentitis crónica parotídea, no existe litiasis ni lesiones ocupantes.

- Exploración de Cráneo
- Electroencefalograma.
- Estudio Abdominal
- Química sanguínea.

En otros resultados obtenidos se observó el factor reumatoideo (+), alteración en los valores de las inmunoglobulinas:

IgG 2400 mg% vn (800-1800)

IgA 455 mg% vn (150-250)

IgM 268 mg% vn (40-160)

Globulina 3.10 (vn 1.90 a 2.70 gr/%)

Hemoglobina 11,8

Leucocitos 3,200

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO:

- a) Paciente que presenta dolor a nivel de la hemiarcada superior irradiándose a la frente, ojo y oído; se le realizó radiografía en la zona

4,5,6 superior izquierda observándose zona radiolúcida a nivel del 1er premolar superior, indicándose legrado apical ya que dicho premolar es pilar de una prótesis fija.

- b) Paciente que presenta gingivitis aguda generalizada indicándose: Eliminación de calculo dental, profilaxis, crema dental Pyodontyl y h2o2 (hacer buches por las noches antes de dormir).
- c) Presenta abundante caries en la zona inferior, todas son eliminadas y se le realiza endodoncia de las UD: 32,33 por presentar exposición pulpar.
- d) Se le realiza una aplicación de flúor.
- e) Lesiones eritematosas a nivel de cara dorsal de la encía y paladar, se le realiza un frotis presentando candidiasis, indicándose: Nistatina en suspensión oral y óvulos.
- f) Para el drenaje de la parotida se le indicó Diprosan intramuscular (1 ampolla) observándose al 3er día un drenaje casi total de dichas glándulas.
- g) Por presentar Queratoconjuntivitis se le indican lagrimas artificiales a diario, en ambos ojos.

DESCRIPCIÓN DEL SEGUNDO CASO:

Nombre: JUANA EDUBIS.

Paciente femenina de 52 años de edad, natural de Barinas, que inicio su enfermedad actual desde hace 11 años, cuando posterior a un tratamiento con antibióticos presentó edema en el muslo inferior, en ambas manos, rodillas y tobillos, rash cutáneo generalizado eritemato-puntiforme y deshidratación moderada.

ANTECEDENTES:

- Artritis Reumatoidea, desde hace 9 meses, con tratamiento médico privado (voltaren-meganeubion)
- Perdida de cabello.
- Perdida de peso (5 kilos)
- Cefaleas y mareos
- Edentula total
- Queratoconjuntivitis seca
- Xerostomía.

TRATAMIENTO MEDICO:

- Meticoren 50 mg diarios.
- Inderal 20 mg v.o
- Trimaalox 15 cc v.o
- Transfusión sanguínea

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO:

- Sorbee (all natural). Estimulación salival
- Colocarse la prótesis cuando se va a alimentar, ya que presenta problemas de ardor y picazón cuando la usa frecuentemente.
- Biopsia de labio inferior.

EXAMENES DE LABORATORIO:

- Células L.E: Positivo
- Albúmina: Positivo
- Hemoglobina: 12
- Eosinofilos: 17
- 3% de linfocitos atípicos
- Serie roja hipocrómica

Resultado de la biopsia: Los cortes histológicos muestran fragmentos aislados de epitelio plano estratificado, se observan acinos mucosos con

abundante infiltrado inflamatorio crónico, fibrosis intersticial y áreas focales de necrosis.

Diagnostico histopatológico: Sialodinitis, compatible con el Síndrome de Sjogren.

Biopsia de piel: Lupus eritematoso discoide.

CONCLUSIONES.

La tríada constituida por la queratoconjuntivitis seca, xerostomía y la artritis reumatoide son manifestaciones específicas para el diagnóstico del Síndrome de Sjogren (S.S).

En la medida que el odontólogo se preocupe por este síndrome se lograra su diagnóstico en las primeras fases, con provecho para el paciente, ya que el odontólogo representa al profesional de la salud en primer termino ante una dolencia en la cavidad oral.

Para el tratamiento paliativo de la queratoconjuntivitis seca y la xerostomia se indican lagrimas artificiales y saliva artificial respectivamente, para mejorar la condición de estos pacientes.

El diagnóstico y el tratamiento del paciente con Síndrome de Sjogren requiere de la actuación de un equipo multidisciplinario, con la participación del odontólogo, oftalmólogo, medico internista, Bioanalista, dermatólogo, etc. para de esta manera garantizar su efectividad.

La mayoría de los pacientes con Síndrome de Sjogren pueden realizar una vida normal, tanto en el trabajo como en la vida social. Muchos de los

pacientes serán tratados con medicamentos para aliviar los síntomas. Esta es una enfermedad crónica que en ocasiones se complica y se requerirán tratamientos más fuertes.

El hallazgo más importante en la actualidad es que existe evidencia de que el S.S es causado por un virus.

BIBLIOGRAFÍA.

- Diaz, L. Y Jaramillo, J. Medicina y Odontología del síndrome de Sjogren: Reporte de caso clínico. Revista medico dental. Maule; 17 (1) :19-20, Junio 1998.
- Maldonado, F. y Frias, J. Hepatitis Crónica, VIH, Síndrome de Sjogren: Informe de un caso. Revista Sanidad Mil; 49 (4) :83-4, julio-agosto. 1995.
- Ramos, M. y García, M. El Síndrome de Sjogren. Med. UIS; 12 (3) : 122-9, mayo-junio. 1998.
- Volk, Wesley. (1996). Microbiología Básica. 7ma Edición. Editorial Harla. México.
- Dox. Melloni. Eisner. Diccionario medico ilustrado de Melloni. Editorial Reverté. Barcelona, 1983.
- Shafer; W, G y Levy B, M. Tratado de Patología Bucal. Interamericana nueva. Editorial. 4ta Edición ilustrada.
- Harrison, T.R. Medicina Interna. 3ra Edición, La Prensa Medica, mexicana-mexico.
- Janin A, Morel P. y Otros. Department of Pathology. Hospital Calmette, litle. France, nov-dec,

- Anon. Nuevos estudios sobre el Síndrome de Sjogren. Esencia Odontológica; (58): 9, ago. 1994.
- Lucero, Carina Claudia; Dallasta. Síndrome de Sjogren. Prisma; 3 (2) : 13-7, jun. 1998.