



Revisión

Afectación oral en el paciente con síndrome de Sjögren primario. Manejo multidisciplinar entre odontólogos y reumatólogos



Rosa María López-Pintor^a, Mónica Fernández Castro^{b,*} y Gonzalo Hernández^a

^a Departamento de Medicina y Cirugía Bucofacial, Facultad de Odontología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

^b Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 22 de diciembre de 2014

Aceptado el 27 de marzo de 2015

On-line el 26 de mayo de 2015

Palabras clave:

Síndrome de Sjogren

Sequedad oral

Xerostomía

Caries

Flujo salival

Candidiasis oral

R E S U M E N

El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune sistémica crónica, que cursa con destrucción del tejido glandular lagrimal y salival. Sus síntomas más frecuentes y tempranos son la sequedad oral y ocular. La sequedad oral dificulta que el paciente hable, deguste y mastique correctamente, lo que disminuye la calidad de vida del enfermo. Los signos y síntomas orales más frecuentes son la hiposialia con o sin xerostomía, la caries dental, las infecciones fúngicas, las lesiones orales traumáticas, la disfagia, la disgeusia y la inflamación de las glándulas salivales. Existen distintas estrategias terapéuticas en función de la gravedad de cada caso que aumentan la cantidad de saliva y disminuyen el número de caries e infecciones orales. Por ello, es de especial importancia establecer una relación cercana entre el dentista y el reumatólogo que permita hacer un diagnóstico temprano y correcto, fomentar las medidas dietéticas e higiénicas adecuadas, tratar y prevenir las posibles complicaciones orales.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

Oral involvement in patients with primary Sjögren's syndrome. Multidisciplinary care by dentists and rheumatologists

A B S T R A C T

Primary Sjögren's syndrome is a chronic systemic autoimmune disease that causes destruction of lacrimal and salivary glands. The most common and earliest symptoms are oral and ocular dryness. Dry mouth makes talking difficult, tasting and chewing properly, impairing quality of life of these patients. The most common oral signs and symptoms are hyposialia with or without xerostomia, tooth decay, fungal infections, traumatic oral lesions, dysphagia, dysgeusia, and inflammation of salivary glands. There are different therapeutic strategies, depending on the severity of each case, and the increase in the amount of saliva, to reduce the number of cavities and oral infections. It is particularly important to establish a close relationship between the dentist and the rheumatologist in order to make an early and correct diagnosis, promoting appropriate dietary and hygiene measures, as well as to treat and prevent potential oral complications.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. All rights reserved.

Keywords:

Sjogren syndrome

Dry mouth

Xerostomia

Cavities

Saliva flow

Oral Candida infection

Introducción

El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad reumatológica autoinmune sistémica crónica caracterizada por la presencia de un infiltrado inflamatorio linfocitario a nivel de las

glándulas salivales y lagrimales, lo que ocasiona una destrucción del tejido glandular. Los síntomas más frecuentes y tempranos de esta enfermedad son la sequedad ocular y oral, aunque pueden desarrollarse también manifestaciones extraglandulares musculoesqueléticas, pulmonares, gástricas, hematológicas, dermatológicas, renales y neurológicas^{1,2}.

El SSp fue descrito por primera vez en 1933 por el doctor sueco Henrik Sjögren, que publicó 19 casos de mujeres que presentaban sequedad ocular y en su gran mayoría artritis reumatoide³. Existen

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: monfercas@yahoo.es (M. Fernández Castro).

2 tipos de síndrome de Sjögren, el SSp, que aparece de forma aislada, y el secundario (SSs), que se encuentra en asociación con otras enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide y el lupus eritematoso sistémico^{2,4}. La patogénesis del SSp se ha relacionado con factores inmunológicos, inflamatorios, genéticos, epigenéticos, ambientales, hormonales e infecciosos⁵.

La prevalencia del SSp varía del 0,5-4% de la población general adulta. Es más frecuente en mujeres que en hombres, con una proporción de 9:1, y suele presentarse entre la cuarta y la sexta décadas de la vida, aunque puede aparecer a cualquier edad^{2,4,6,7}. Es una enfermedad ampliamente reportada en el mundo, aunque es más prevalente en la raza caucásica. Su pobreza sintomática, sobre todo en estadios iniciales, condiciona un importante retraso en el tiempo de diagnóstico y subregistro, con un tiempo medio transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el establecimiento del diagnóstico de 3 años y medio⁷.

Los criterios de clasificación del SSp incluyen manifestaciones clínicas y pruebas objetivas, relacionadas con el ojo y boca secos, alteraciones serológicas características (presencia de Anti-Ro/SSA y/o Anti-La/SSB), e histopatología compatible (sialoadenitis linfocítica focal, con un *focus score* ≥ 1 ; un foco queda definido como un agregado de al menos 50 linfocitos en una superficie de 4 mm²) de glándula salival menor⁸. En la actualidad los criterios de clasificación que con más frecuencia se emplean son los de consenso europeo-americanos de 2002 (tabla 1)⁹. Recientemente el colegio americano de reumatología y el grupo *Sjögren's International Collaborative Clinical Alliance* han elaborado unos criterios de clasificación nuevos (tabla 2)^{1,10}.

Tabla 1

Criterios diagnósticos del *American-European Consensus Group* para el diagnóstico del síndrome de Sjögren primario

Síntomas oculares: respuesta positiva al menos a una de las siguientes preguntas: ¿Tiene usted ojos secos diariamente de forma persistente y molesta desde hace al menos 3 meses? ¿Tiene usted sensación de grava o arenilla en los ojos de forma recurrente? ¿Utiliza usted lágrima artificial más de 3 veces al día?
Síntomas orales: respuesta positiva al menos a una de las siguientes preguntas: ¿Tiene usted sensación de boca seca diariamente desde hace al menos 3 meses? ¿Sufre hinchazón de las glándulas salivales de forma recurrente o persistente? ¿Bebe frecuentemente líquidos para poder tragar la comida seca?
Signos oculares, que es una evidencia objetiva de afectación ocular por un resultado positivo de al menos uno de los siguientes test: Test de Schirmer I, realizado sin anestesia (< 5 mm en 5 min) Marcador de rosa de Bengala u otro colorante ocular (> 4 de acuerdo al sistema de puntuación de van Bijsterveld)
Histopatología de glándulas salivales menores (obtenida a través de mucosa de aspecto sano): sialoadenitis linfocítica focal, con un <i>focus score</i> ≥ 1 ; un foco queda definido como un agregado de al menos 50 linfocitos en una superficie de 4 mm ² de glándula salival menor
Afectación de las glándulas salivales, evidencia objetiva de afectación de las glándulas salivales definido por un resultado positivo al menos a una de las siguientes pruebas diagnósticas: Flujo salival total no estimulado (< 1,5 ml en 15 mins) Sialografía parotídea que muestre la presencia de sialectasias difusas (de patrón puntiforme, cavitario o destructivo), sin evidencia de obstrucción de los conductos mayores de acuerdo al sistema de evaluación de Rubin y Holt Escintigrafía salival que muestre una concentración reducida o una excreción retardada del contraste de acuerdo al método propuesto por Schall et al.
Autoanticuerpos: presencia en suero de los siguientes autoanticuerpos: Anticuerpos para antígenos Ro(SSA) o La(SSB), o ambos
Normas revisadas para la clasificación del SSp: en pacientes sin ninguna enfermedad potencial asociada SSp debe definirse como: La presencia de 4 de los 6 apartados anteriores para SSp, siempre que el apartado 4 (histopatología) y el 6 (serología) sean positivos La presencia de 3 de los 4 criterios objetivos (por ejemplo, apartado 3, 4, 5 y 6) El procedimiento de clasificación en árbol representa un método alternativo válido para la clasificación, aunque debe ser correctamente usado en estudios clínico-epidemiológicos

Tabla 2

Criterios diagnósticos de la *American College of Rheumatology* y la *Sjögren's International Collaborative Clinical Alliance* para el SSp

Según este grupo los pacientes con SS deben cumplir 2 de los siguientes 3 ítems:
Tener presencia de anti-Ro/SSA y/o anti-La/SSB o presencia de factor reumatoide y ANA $\geq 1:320$.
Queratoconjuntivitis seca con una puntuación de mancha ocular (*staining score*) 3 o más (siempre que el sujeto no use gotas para el glaucoma y no haya recibido cirugía corneal o cirugía estética para párpados en los 5 años anteriores)
Biopsia a glándulas salivales menores que muestre sialoadenitis linfocitaria focal con un foco con calificación mayor de 1 por 4 mm² de tejido glandular

Síntomas iniciales

La mayoría de los pacientes con SSp suelen presentar en primer lugar sequedad oral y/o sequedad ocular. La sequedad oral dificulta al paciente poder hablar correctamente y degustar y masticar adecuadamente los alimentos. La boca seca es con frecuencia el primer síntoma que refieren estos enfermos, que necesitan masticar chicle o chupar caramelos constantemente para estimular su producción de saliva y se despiertan varias veces por la noche para beber gran cantidad de agua^{2,11}. La sequedad oral, por lo tanto, influye de manera importante en la calidad de vida de los pacientes con SSp¹²⁻¹⁴.

El individuo con sequedad oral suele consultar en primer lugar a su médico de atención primaria que, en muchos casos, no dispone de medios para comprobar si la sequedad oral referida por el paciente es real (hiposialia) o es subjetiva (xerostomía). Establecer esta diferencia es fundamental, porque existe un gran número de individuos de edad avanzada, en su mayoría mujeres, que sufren síndrome de boca ardiente (SBA), cuadro complejo que cursa, entre otros síntomas, con sensación subjetiva de boca seca no objetivable en las pruebas complementarias. El SBA es un cuadro caracterizado por la presencia de sensación de quemazón en la mucosa oral, en ausencia de alteraciones analíticas o disminución de flujo salival. Aparece más frecuentemente en mujeres a partir de los 40 años. Su prevalencia varía del 0,7-7%, siendo mayor en mujeres posmenopáusicas, donde la prevalencia asciende al 12-18%. El SBA afecta frecuentemente a la punta y bordes laterales de la lengua, labios y paladar duro y blando. Los pacientes con SBA presentan además dolor, alteraciones del sabor y xerostomía¹⁵⁻¹⁷.

Es imprescindible descartar también otras posibles causas de boca seca como alteraciones de estímulos aferentes, alteraciones a nivel central, alteración de vías aferentes vegetativas, inflamación crónica de las glándulas salivales (de causa inmunológica y no inmunológica), uso de fármacos asociados a xerostomía¹⁸ (tabla 3), alteraciones psicológicas, consumo de tabaco y otras drogas, enfermedades sistémicas, tratamiento con radioterapia de cabeza y cuello y deshidratación⁴. Si el médico de atención primaria no

Tabla 3

Fármacos asociados a la presencia de xerostomía

Anoréxicos
Ansiolíticos
Anticonvulsivos
Antidepresivos tricíclicos
Antieméticos
Antihistamínicos
Antiparkinsonianos
Antipsicóticos
Broncodilatadores
Descongestionantes
Diuréticos
Relajantes musculares
Analgésicos narcóticos
Sedantes
Antihipertensivos
Antiartríticos

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3382747>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3382747>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)