

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Xerostomía en pacientes con síndrome de Sjögren **Xerostomia in patients with Sjögren's syndrome**

Deyanira Cabrera Escobar*, Luis González Valdés**, Orquídea Ferrer Hurtado*

*Facultad de Estomatología de la Habana "Raúl González Sánchez". Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.
Policlínico Universitario Cuatro Caminos. Facultad "Dr. Miguel Enríquez". Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba. **Correspondencia a: Deyanira Cabrera Escobar, correo electrónico: luisgv@infomed.sld.cu.

Recibido: 28 de septiembre de 2016

Aprobado: 19 de enero de 2017

RESUMEN

Numerosos profesionales de la salud estiman que el síndrome de Sjögren es una entidad poco común, sin embargo, la bibliografía médica actual lo considera como la segunda enfermedad autoinmune más frecuente, después de la artritis reumatoide. Los síntomas secos en el síndrome de Sjögren pueden pasar sin ser percibidos por los profesionales de la medicina, e incluso, por los propios pacientes. La xerostomía es el síntoma inicial en este síndrome. Las dificultades en el diagnóstico y manejo terapéutico, así como las consecuencias devastadoras que condiciona la xerostomía para la salud bucal, motivaron la presente revisión de la literatura. Se realizó una exploración en internet, consultando bases de datos especializadas, teniendo en consideración los artículos en inglés y español, publicados preferentemente en los últimos cinco años. Se enfatizó en las manifestaciones bucales, que se originan a consecuencia de la xerostomía derivada del síndrome Sjögren, y su terapéutica. Se concluyó que, en lo que concierne al estomatólogo, el conocimiento de la enfermedad, el interrogatorio, la exploración bucal minuciosa y la sospecha clínica del síndrome son claves para el éxito de su diagnóstico temprano y tratamiento correcto, el cual incluye medidas de promoción y prevención, así como, el seguimiento periódico, por el daño que esta afección provoca a la salud bucal y a la calidad de vida de estos pacientes.

Palabras clave: XEROSTOMÍA; SÍNDROME DE SJÖGREN; MANIFESTACIONES BUCALES; GLÁNDULAS SALIVALES.

Descriptor: XEROSTOMÍA; SÍNDROME DE SJÖGREN; MANIFESTACIONES BUCALES; GLÁNDULAS SALIVALES.

SUMMARY

Many health professionals consider that Sjögren's syndrome is a rare condition; however, the current medical literature regards Sjögren's syndrome as the second most frequent autoimmune disease after rheumatoid arthritis. The symptoms of Sjögren's syndrome are characterized by dryness and they may be unnoticed by medicine professionals, and even by the patients. Xerostomia is the initial symptom of this syndrome. The difficulties in the diagnosis and therapeutic management, as well as the devastating consequences conditioned by xerostomia for the oral health, motivated the execution of this review paper. A search in the Internet was carried out, looking up specialized databases, and having into consideration the articles published both in English and Spanish, preferably during the last five years. The study made emphasis on the oral manifestations that are caused by xerostomia derived from Sjögren's syndrome and its therapeutic management. It was concluded that, concerning the dentist, the knowledge of the disease, the history taking, the thorough oral examination and the clinical presumption of the syndrome are key factors for the success in its early diagnosis and proper treatment. The latter includes promotion and prevention, as well as periodic follow-up due to the damage caused by this condition to the oral health and the quality of life of the patients.

Citar como: Cabrera Escobar D, González Valdés L, Ferrer Hurtado O. Xerostomía en pacientes con síndrome de Sjögren. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2017; 42(1). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/926>.



Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas
Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas
Ave. de la Juventud s/n. CP 75100, Las Tunas, Cuba

Key words: XEROSTOMIA; SJÖGREN'S SYNDROME; ORAL MANIFESTATIONS; SALIVARY GLANDS.

Descriptors: XEROSTOMIA; SJOGREN'S SYNDROME; ORAL MANIFESTATIONS; SALIVARY GLANDS.

INTRODUCCIÓN

La xerostomía es una condición asociada tanto con una disminución en la tasa del flujo salival, como con una alteración en la composición química de la saliva, causando en cualquiera de sus vertientes boca seca, la cual puede tener un deterioro en varios aspectos de la función oral y el estado de salud general. (1)

Las glándulas salivales son glándulas exocrinas y su función principal es producir saliva, la cual permite mantener húmedo el epitelio de la boca; facilitar el paso de alimentos mediante la lubricación con moco; realizar una digestión inicial del alimento que se ingiere; ayudar a la formación del bolo alimenticio; facilitar la fonación; contribuir a la gustación; mantener un pH adecuado; proporcionar una acción antimicrobiana local, lograda a través de enzimas, como son las inmunoglobulina A, lisozimas, lactoperoxidasa e histaminas y mantener la integridad dental, participando en la constante remineralización del diente, debido a su papel como reservorio de calcio, fosfato y formador de la película de glicoproteínas que recubren la superficie dental. (2) De las distintas disfunciones salivales que le afectan, la xerostomía es la manifestación clínica más común. (1)

La xerostomía es el síntoma inicial en el Síndrome de Sjögren (SS), y es el más importante, porque están afectadas las funciones de deglución, masticación y el sentido del gusto. (3) En el SS la saliva pierde su capacidad tampón, lubricante y antimicrobiana, lo que conduce a un aumento de la friabilidad de la mucosa y de las infecciones orales. (4)

El estado de la salud oral proporciona evidencias sobre el comportamiento sistémico del paciente. Los tejidos orales están en un directo contacto físico con el cuerpo, relacionándose a través de la sangre, el sistema linfático y el nervioso. Influencias sistémicas, inmunológicas y psicológicas están en equilibrio con la salud oral y el estado general del individuo, por lo que manifestaciones orales pueden surgir como primeras señales de un desorden sistémico. (5)

La xerostomía es un motivo de consulta frecuente en los servicios de estomatología. A pesar de su elevada prevalencia, en nuestro país no existen estudios precedentes, cuya temática principal plantee la xerostomía como manifestación primaria del Síndrome Sjögren. Se ha apreciado que los conocimientos sobre este síndrome, en cuanto a las particularidades del cuadro clínico, con énfasis en su síntoma seco oral y las manifestaciones que desencadena, continúan siendo insuficientes en los profesionales de la salud.

Dados los inconvenientes para el diagnóstico y el manejo terapéutico correcto del Síndrome Sjögren, por la ausencia de su sospecha clínica y las consecuencias devastadoras que condiciona la xerostomía para la salud bucal, se realizó la presente revisión de la literatura, con el propósito de profundizar en el conocimiento de esta afección.

DESARROLLO

Se realizó una revisión bibliográfica, se consultaron las bases de datos de la red de Infomed: Scielo, LILACS, Medline/PubMed y la Biblioteca Virtual en Salud de Cuba, se utilizó a google académico como motor de búsqueda, teniendo en cuenta los artículos que tuvieran en algún campo las palabras clave: xerostomía, síndrome de Sjögren, manifestaciones bucales, glándulas salivales. Se seleccionaron los artículos científicos que describieran mejor los elementos de la revisión en correspondencia con los términos de búsqueda, publicados en libros o revistas con elevado nivel científico, y que más del 60 % correspondiera a los últimos cinco años. Se incluyó artículos tanto del idioma inglés como del español. Se revisó la información y se resumieron los elementos necesarios para el desarrollo de este estudio. Se obtuvieron 30 referencias bibliográficas sobre la temática estudiada, el 73,3 % de los artículos seleccionados fue publicado en los últimos cinco años. Aquellos artículos, que por su trascendencia fueran considerados como referentes en el tema, se incluyeron independientemente de su fecha de publicación.

Antecedentes

El Síndrome de Sjögren se consideró en sus inicios una enfermedad local de las glándulas parótidas; fue ganando en categoría con el paso del tiempo, llegando a considerarse una enfermedad reumática, inclusive, como una variante de la artritis reumatoide desde los inicios y hasta mediados del siglo XX, de la cual posteriormente se distinguió para obtener categoría propia como una enfermedad inmunológica, donde las células dianas serían las glándulas de secreción externa; describe un cuadro clínico muy amplio de variantes evolutivas con diferentes cualidades, entre las que se encuentran linfomas y otros tipos de afecciones tumorales, como parte de su progresión natural. (6) Leber y Mickulitz (1888) realizan por primera vez la asociación de la sequedad en la boca y los ojos con la parotidomegalia y la artritis. Enrique Sjögren (1933) publica en su tesis doctoral los resultados del estudio clínico glandular, extraglandular y la histopatología en 19 pacientes portadores del síndrome descrito por Mickulitz. (7)

Concepto y Clasificación

El síndrome de Sjögren es conocido como una de las enfermedades de tejido conectivo más importante y se define como una enfermedad inflamatoria autoinmune, con exocrinopatía y múltiples manifestaciones sistémicas, dentro de las que se incluyen la pérdida progresiva de la función de las glándulas lagrimales y salivales. (1) Clínicamente se manifiesta con xerostomía y xeroftalmia, asociados a una gran variedad de síntomas, que pueden simular otras enfermedades autoinmunes. (8) 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. (9)

Este síndrome se puede manifestar de forma primaria (pSS), cuando las manifestaciones clínicas se limitan a las glándulas exocrinas; o secundaria (sSS), cuando se presenta asociado a otra enfermedad autoinmune, como lupus eritematoso sistémico, artritis idiopática juvenil, esclerosis sistémica o enfermedad mixta del tejido conectivo, (10) condiciones graves que condicionan el pronóstico de la enfermedad a largo plazo. (11)

Epidemiología

Reis y otros (5) notifican que la prevalencia del SS varía de 0,03 a 2,7 % de la población mundial. Ocurre en todos los grupos de edad y es muy poco frecuente en niños. Afecta principalmente a mujeres durante la quinta y sexta década de vida.

Liang-Yu y colaboradores (12) informan de una reciente revisión sistemática de 21 estudios con relación al SS, que la incidencia y la prevalencia del pSS fue estimada en 60,82 / 100 000 personas; del mismo modo, notifican otro meta-análisis de pacientes con pSS, el cual declaró una tasa de mortalidad de 682 / 7888.

Los pacientes con pSS poseen mayor riesgo de desarrollar linfoma maligno (linfoma no Hodgkin), en comparación con la población normal. (13) Según Liang-Yu y otros, (12) se ha demostrado que el riesgo de desarrollar linfoma en pacientes con síndrome de Sjögren es 44 veces mayor que en otros individuos. López (14) y otros advierten que un de un cinco a un diez por ciento de los casos lo desarrollarán a lo largo de diez años; (14) ahí radica la importancia de la vigilancia con relación al estado de salud de estos pacientes, entre otros aspectos, por el peligro de esta complicación.

Numerosos profesionales de la salud estiman que el Síndrome de Sjögren es una entidad poco frecuente, sin embargo, la bibliografía médica actual lo considera la segunda enfermedad autoinmune más frecuente después de la artritis reumatoide. (15) La pobreza sintomática del SS, sobre todo en estadios iniciales, determina un importante retraso en el diagnóstico y un subregistro con un intervalo medio, transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el

establecimiento del diagnóstico de tres años y medio. (14)

En consonancia, tal y como afirman De Sousa y otros, (16) "el SS es una entidad autoinmune heterogénea, que puede manifestarse en un amplio espectro de enfermedades, que van desde unas limitadas características de exocrinopatía autoinmunes específicas de órganos, a una condición sistémica, con extensas alteraciones autoinmunes clínicas, serológicas y dispersas complicaciones. Esto se complica aún más por la dificultad de llegar a un diagnóstico en las primeras etapas de la enfermedad, la falta de una prueba de diagnóstico específica de SS y el hecho de que la sequedad oral y ocular son, en general, síntomas comunes en la población general". Para González y otros (17) los estados subclínicos de esta enfermedad distancian al médico del diagnóstico correcto, debido a que muchos pacientes no presentan el cuadro clínico típico.

Según León y otros, (18) el SS es aún una enfermedad poco conocida, en los que sus síntomas secos pasan desapercibidos ante profesionales de la medicina, e incluso, ante los propios pacientes. La xerostomía aparece precozmente, el estomatólogo puede sospechar el padecimiento del síndrome en los pacientes que refieren xerostomía con tres o más meses de evolución, luego de realizar el diagnóstico diferencial; en este sentido, son cruciales la correcta anamnesis y el examen estomatológico riguroso de los afectados, con posterioridad los pacientes deben derivarse al equipo multidisciplinario de salud para su estudio.

Se considera importante realizar nuevos estudios que permitan caracterizar la xerostomía como resultado de este síndrome, sin lugar a dudas favorecerá a los profesionales de la salud en general y en particular a los estomatólogos, para incrementar los conocimientos sobre esta entidad. El desconocimiento de los signos y síntomas bucales de esta enfermedad dificultan su diagnóstico, por lo que en la mayoría de los casos no se trata de la forma más adecuada.

Patogenia del Síndrome de Sjögren

La etiopatogenia de la enfermedad es multifactorial. Actualmente está bien aceptada la teoría que explica la infiltración de glándulas salivales y lagrimales por células linfoplasmocitarias, estas destruyen de manera progresiva las glándulas exocrinas, hecho que se traduce en sequedad ocular (queratoconjuntivitis seca) y sequedad bucal (xerostomía). Además, hay infiltración de las glándulas exocrinas por linfocitos T, junto con una hiperestimulación de linfocitos B.

Los factores genéticos se interaccionan con los ambientales a través del complejo trimolecular: el antígeno (Ag) exógeno o propio, los Ag de histocompatibilidad (HLA) y el receptor de linfocito T.

La activación desencadena la respuesta inmune contra el antígeno, posiblemente vírico en el caso del SS como los retrovirus, los cuales son hipotéticamente el reservorio lógico que, después de la activación celular, darán lugar a la aparición de antígenos víricos, la cual puede mantenerse durante años sin expresión clínica, o bien estos u otros virus similares rompen la tolerancia e inician la respuesta inmune.

En el SS la susceptibilidad está determinada por varios genes, siendo los más conocidos los relacionados con el HLA, en concreto los HLA-DR2 y HLA-DR3, además existen otros genes relacionados. El SS predomina en las mujeres, lo que se asocia en las enfermedades autoinmunes con los HLA de tipo II, mientras que en los varones las enfermedades autoinmunes se relacionan más con los HLA de tipo I. Ello hace intuir una predisposición genética, o bien un mecanismo relacionado con los estrógenos que favorecen la rotura de la tolerancia inmune. (19)

Manifestaciones clínicas

Sensación de arena en los ojos y la boca seca son las principales quejas de los pacientes con SS.

Manifestaciones bucales: la literatura destaca la xerostomía como principal síntoma del SS. (4, 5) Según Sturla, (20) a consecuencia de la xerostomía, los pacientes refieren ardor bucal, dificultad para hablar y masticar, disfagia con los alimentos secos y disgeusia. En relación a lo anterior, la saliva presenta una apariencia viscosa. La mucosa bucal se distingue seca, pegajosa, en ocasiones aparece ulcerada. La lengua se observa roja, seca, depapilada y fisurada, y en algunos casos con atrofia de las papilas filiformes. Además, subraya que puede incrementarse la incidencia de caries y su severidad, principalmente las caries cervicales en los dientes anteroinferiores; igualmente plantea que en casos severos pueden observarse caries en las superficies incisales, incluso, en presencia de buena higiene bucal.

Por otra parte, Rodríguez y otros (21) consideran que la xerostomía ocasiona dificultades para el soporte y el normal funcionamiento de las prótesis dentales. Asimismo, López y otros (14) aseguran que los pacientes con pSS sufren de desdentamiento por caries, comunican que los dientes perdidos pueden ser restituidos por prótesis dentales, los cuales, debido a la xerostomía, son rechazadas por dificultades en su retención y provocan además, traumatismos dolorosos en la mucosa bucal. Blanco y otros (22) también aseveran que la falta de lubricación en la interfaz prótesis-mucosa, provocada por la sequedad bucal, origina úlceras traumáticas; del mismo modo, afirman que la xerostomía, o la alteración en la viscosidad de la saliva, produce insuficiente retención de las prótesis dentales.

La xerostomía es uno de los síntomas más incómodos para los pacientes. Al producirse una disminución del flujo salival y, por lo tanto, de las propiedades naturales antifúngicas de la saliva

(IgA), los pacientes con SS experimentan sobrecrecimiento de especies de *Cándida*, lo que se manifiesta clínicamente como candidiasis eritematosa, candidiasis pseudomembranosa, queilitis angular o una combinación de éstas. La candidiasis crónica eritematosa puede llegar a afectar a un 70-80 % de los pacientes, principalmente en la lengua, el paladar y las comisuras labiales. (4)

Para Rodríguez (23) una de las manifestaciones clínicas características del SS es la hipertrofia parotídea, la misma se manifiesta en el 30 % de los pacientes, aunque en la mayoría de las ocasiones es unilateral e intermitente. La hipertrofia parotídea puede presentarse bilateralmente hasta en el diez por ciento de los casos, dando la característica "Fascie de Ardilla". En la palpación, las glándulas parotídeas no resultan fluctuantes ni hipersensibles.

A su vez, Reis y otros exponen que existe la teoría de que las enfermedades periodontales y los cambios en la mucosa oral, pueden ser provocados por la ausencia de elementos de defensa, importantes en el contenido de la saliva oral. (5)

Foglio y colaboradores (24) consideran que la halitosis compromete la calidad de vida de los pacientes en lo que concierne a las relaciones sociales. Por su parte, Blanco y otros (22) resaltan que la xerostomía facilita el desarrollo bacteriano, causante de la emisión de gases que provoca el mal aliento. Algunos estudios sostienen que la halitosis es una manifestación bucal del SS, (4, 6, 23) del mismo modo, numerosas investigaciones confirman que la halitosis es una manifestación clínica relacionada con la sequedad bucal. (1, 21, 22, 25) Ruiz y colaboradores declaran en su informe una paciente femenina con halitosis persistente, a la cual se le diagnosticó SS. (26)

La xerostomía desencadena un sinnúmero de manifestaciones bucales, las cuales producen en los pacientes un importante daño en su estado de salud, los que se asocian a una disminución de la autoestima y un detrimento en sus relaciones interpersonales, suscitando un problema de salud de difícil manejo.

Manifestaciones oftalmológicas: ojos secos: los ojos pueden estar rojos, picar y arder. Algunas personas sienten como si tuvieran arena en los ojos; además la visión puede estar borrosa y molestan las luces fuertes, especialmente la luz fluorescente. (27)

También pueden encontrarse las manifestaciones clínicas siguientes:

- Sequedad de la mucosa nasal, orofaríngea, traqueal y bronquial, disfonía y tos crónica seca. La fibrosis pulmonar intersticial, que suele ser bilateral y difusa. Clínicamente se puede manifestar por tos, disnea y ser la responsable de la neumonía intersticial linfocítica. (23)

- Fotosensibilidad y xerodermia, en ocasiones las capas superficiales de la piel pueden descamarse y

presentase de forma similar a una lesión de psoriasis, sequedad y atrofia de la vagina, condicionando prurito y dispareunia. Es frecuente encontrar púrpuras en el SS. (23)

- La disfagia es frecuente en estos pacientes, debido a la hiposaliva, la hipomotilidad del tercio superior del esófago, así como una disminución de tono del esfínter esofágico inferior. (23)

- Lo más característico es la artralgia o artritis, con discreta rigidez matinal. Las manifestaciones articulares, la xeroftalmia y la xerostomía forman parte de la triada clásica del Síndrome de Sjögren primario. (23)

El síndrome de Sjögren es un desorden multisistémico, que puede involucrar a numerosos especialistas, incluidos internistas, reumatólogos, estomatólogos, oftalmólogos, ginecólogos o geriatras. Aunque es importante que un médico asuma toda la responsabilidad en el cuidado del paciente, el SS es un paradigma que requiere una aproximación en equipo y que suele repercutir en otros profesionales. (19)

El SS es una enfermedad multifactorial, por lo que el abordaje terapéutico de las enfermedades asociadas a esta entidad debe ser establecido por el especialista correspondiente, conviene considerar que con frecuencia los estomatólogos son los primeros profesionales que clínicamente afrontan los signos y síntomas de la enfermedad, ocasionados por la alteración de la función salival; el equipo multidisciplinario de salud cumple funciones esenciales a la hora de diagnosticarla y tratarla oportunamente, por lo que la actuación del estomatólogo hace posible su control desde fases muy tempranas, teniendo un pronóstico mucho más favorable.

Diagnóstico

Se ha hecho común utilizar los criterios europeos para la clasificación del Síndrome de Sjögren, estos consisten en una serie de datos clínicos recogidos en el interrogatorio y el examen físico, así como de técnicas de laboratorio y exámenes humorales, que permiten una aproximación suficiente para el diagnóstico de esta entidad. (19)

Criterios europeos para la clasificación del Síndrome de Sjögren (19)	
1) síntomas oculares (positivo uno o más de ellos)	- Resequedad ocular mayor de tres meses - Sensación de arenilla en los ojos - Utilización de lágrimas artificiales más de tres veces al día
2) síntomas orales (positivo uno o más de ellos)	- Resequedad de la boca por más de tres meses - Aumento de volumen recurrente de glándulas salivales - Ingesta frecuente de líquidos para lubricación oral
3) signos oculares (positivo uno o más de ellos)	- Prueba de Schirmer positiva - Puntuación en la prueba de Rosa de Bengala positiva
4) datos histopatológicos	- Biopsia labial con foco score > 1
5) afección de glándulas salivales por uno de estos métodos	- Gammagrafía salivar (hipocaptación) - Sialografía parotídea (obstrucción de conductos salivares) - Flujo salival sin estimulación (< de 1,5 ml en 15 minutos)
6) auto anticuerpos (presencia en el suero al menos uno de ellos)	- anti-Ro / SSa o anti-La / SSb - anticuerpos antinucleares - factor reumatoideo

Las normas revisadas para la clasificación del pSS son las siguientes: en pacientes sin ninguna enfermedad potencial asociada, pSS debe definirse como la presencia de cuatro de los seis apartados anteriores para pSS, siempre que el apartado 4 (histopatología) y el 6 (serología) sean positivos. (14)

Estudio de la secreción salival suele ser útil en pacientes que refieren sequedad bucal. Existen varias técnicas para medir el flujo salival. La sialometría en reposo resulta muy útil. Una manera sencilla es el pesaje de un algodón antes y después de haberlo colocado debajo de la lengua durante

cinco minutos o bien depositando el contenido salival en un recipiente milimetrado. Existen pruebas más elaboradas que permiten analizar la secreción. De entre ellas se destaca el test oral de Schirmer's, se realiza colocando una tira de papel de filtro milimetrada en el suelo de la boca, cercana a la salida del conducto de Wharton, durante cinco minutos, la medición se realiza a partir de la longitud humedecida. El flujo medio de saliva es de $40,92 \pm 22:28$ mm/5 minutos en pacientes sanos. (28)

La medición del flujo salival estimulado se puede hacer mediante estimulación mecánica (mediante la masticación de parafina, chicles, etc.) o química, con

ácido cítrico al 4 %. Se considera que el flujo de saliva no estimulada inferior a 0,15 mL/minuto o estimulada de 0,2 a 0,18 mL/minuto es anormal, pero no causante de xerostomía. (28)

Existen exámenes que se utilizan para determinar alteraciones en el funcionamiento de las glándulas salivales, estos son:

- La sialografía, consiste en la inyección de medio de contraste radiopaco (1-2 ml) de manera ambulatoria, introducido a través del conducto principal secretor (Stenon o Wharton). El contraste se distribuye por todo el sistema de conductos y a continuación se realizan radiografías de frente y de perfil, para conocer si los conductos y conductillos salivales están permeables, o existe obstrucción por sialólitos o tumores sólidos. Desde la introducción de técnicas más nuevas, la sialografía ha perdido valor como parte del estudio diagnóstico de la patología salival. (28)

- La escintigrafía, o gammagrafía, es una técnica diagnóstica auxiliar no invasiva. Permite valorar las zonas no funcionantes. Se utiliza como trazador el tecnecio-99, que permite visualizar las glándulas salivales (su tamaño, la posición y la forma), además de informar sobre su mecanismo excretor, debido a la captación y excreción del radioisótopo. (28)

- La biopsia incisional de las glándulas salivales, accesorias o menores, es un procedimiento para confirmar el diagnóstico. Es una prueba muy fiable. Se trata de un método relativamente sencillo, tras la anestesia infiltrativa local del labio inferior, se realiza una incisión pequeña y horizontal sobre la mucosa labial y se diseccionan las glándulas salivales menores. El foco que se debe tener en cuenta para el estudio anatomopatológico es de 5 mm², que equivale a un área de cinco glándulas salivales menores. Es una técnica reconocida para el diagnóstico del síndrome de Sjögren. En el examen histopatológico se encontrará infiltración linfoidea, atrofia acinar e hipertrofia del epitelio ductal, con obstrucción gradual de la luz y desarrollo de islotes de células mioepiteliales, formadas a partir del epitelio ductal proliferante. Se pueden definir diversos grados inflamatorios, dependiendo de la gravedad. Se considera positiva, cuando se observa un foco por cinco mm² de tejido glandular, constituido por 50 o más linfocitos. (28)

Otras técnicas auxiliares son la biopsia por punción con aguja fina (PAAF) con jeringa de 20 mL. Es de elección en el estudio de masas salivales y tiene una elevada fiabilidad en el diagnóstico de los tumores de las glándulas salivales (95 %), aunque de menor eficacia en las enfermedades no tumorales. Es importante informar al patólogo de la clínica de las pruebas complementarias previamente realizadas. (28)

Otras pruebas de imagen

La radiografía convencional, o simple, es útil en el estudio de una masa glandular, por ejemplo, si se trata de cálculos. Una prueba de rayos X común puede detectar y mostrar la posición de ocho de cada diez cálculos salivales. Sin embargo, en dos de cada diez casos el cálculo no es tan evidente en una placa de rayos X y se pueden necesitar otras pruebas. Así la ortopantomografía, la radiografía oclusal y la radiografía periapical son útiles para el estudio de la litiasis del conducto de Wharton, objetivándose su forma, tamaño y posición. (28)

La tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética resultan útiles en neoplasias malignas o recurrentes, neoplasias grandes o afectación de otros espacios. La TC se efectúa ante la sospecha de un tumor de las glándulas salivales, ofreciendo con frecuencia criterios diagnósticos de benignidad o malignidad. La Resonancia magnética tiene las mismas indicaciones del TC, solo que tiene la ventaja de que no produce radiación; la ecografía de alta resolución aporta datos sobre las características de la masa: sólida, quística, uni o multifocal y su delimitación; la información que aporta en comparación con los otros métodos es escasa, pero posee ciertas ventajas, como la ausencia de radiación, bajo coste y rapidez en el examen. (28)

La centellografía de glándulas salivales, la sialografía secretoria, el ultrasonido y la resonancia magnética de las glándulas parótidas, si bien son útiles para demostrar la función y anatomía glandular, sólo tienen una aplicación limitada en la práctica sistemática, por lo que el principal recurso diagnóstico es la biopsia de glándulas salivales labiales. (29)

Para Saldarriaga y otros (11) la biopsia de glándulas salivales y los exámenes serológicos son los estudios más utilizados en la actualidad para el diagnóstico de SS, en su investigación más reciente sugieren, que la ultrasonografía podría ser una herramienta útil para confirmar los casos en los cuales se sospecha SS, permitiría hacer un seguimiento de los pacientes con diagnóstico ya establecido, monitoreo a corto plazo del tratamiento, siendo el ultrasonido una técnica no invasiva, rápida y de bajo costo, que aún requiere estandarización y validación.

Diagnóstico diferencial de la xerostomía

1. Causas orgánicas: hay varias enfermedades sistémicas que pueden cursar con xerostomía, por ejemplo, el síndrome de Sjögren, la amiloidosis, la sarcoidosis, la tuberculosis, la lepra, la hepatitis C, la cirrosis biliar, la fibrosis quística, la diabetes mellitus, la agenesia glandular y la infección por VIH. (25)

2. Causas farmacológicas: los efectos secundarios de los fármacos son los que provocan la mayoría de los casos de boca seca. La actividad de las glándulas salivales está regulada por el sistema nervioso vegetativo y dispone de receptores colinérgicos

muscarínicos, así pues todos los fármacos con acción anticolinérgica, o que produzcan bloqueo de los receptores, producen una disminución de la salivación.

Existen más de cuatrocientos medicamentos que inducen a una hipofunción de las glándulas salivales como efecto adverso potencial, siendo éste uno de los principales motivos de abandono de la medicación por parte de los pacientes. Hay que reseñar que estos fármacos, además de presentar un elevado índice de consumo, son en su mayoría la terapia de elección en los tratamientos de enfermedades de tipo crónico o de carácter epidémico. Sobre todo, de los que tienen efectos antimuscarínicos con acción atropínica, como los antidepressivos tricíclicos, antihistamínicos o por sobredosis de diuréticos; también el uso de antiespasmódicos, neurolépticos, inhibidores de la MAO, agentes antiparkinsonianos, litio y agonistas adrenérgicos centrales, entre otros. (25)

3. Causas funcionales: otros factores que producen cambios en el fluido o en el balance electrolítico de la saliva son la deshidratación, la privación o pérdida de líquidos, la diarrea y/o vómitos persistentes, los déficits proteínicos, las alteraciones cardíacas, la uremia y el edema. Además, el transporte de saliva se puede afectar por obstrucciones (sialolitiasis), infecciones (sialoadenitis) y estenosis en los conductos y conductillos. La xerostomía puede deberse a un mayor consumo de saliva por causas inespecíficas, como respirar por la boca, debido a obstrucción nasal, utilizar inhaladores y padecer estrés, estados de ansiedad o depresión severa. (25)

4. Otras causas: hábitos como el alcohol y el tabaco, las radiaciones en cabeza y cuello, la quimioterapia y la cirugía de la glándula salival. (25)

Tratamiento

Cabrera y colaboradores en su reporte consideran que en los pacientes con SS es fundamental minimizar la xerostomía, con el fin de evitar la aparición de otras complicaciones bucales. (30)

El tratamiento de la xerostomía consiste en:

Prevención primaria: mantener una perfecta higiene bucodental, incluyendo visitas regulares al dentista, limitar el consumo de alimentos con azúcares refinados, sobre todo entre comidas, evitar el alcohol y, particularmente, el tabaco. (2)

Revisión del tratamiento farmacológico: evaluar la supresión, sustitución o reducción de las dosis de fármacos causantes de xerostomía. (2)

Profilaxis de caries y de la enfermedad periodontal: mediante enjuagues con flúor y clorhexidina, además de la fluoración tópica semestral. (2) Mantenimiento o soporte periodontal cada tres meses. (2)

Estimulación de la salivación: cuando existe función residual de las glándulas salivales, de forma mecánica se puede aumentar con la masticación de

alimentos duros (zanahorias) o chicle (sin azúcar). Otra manera es mantener semillas de fruta (huesos de cereza o aceituna) en la boca. (2)

En cuanto al uso de sialogogos, el fármaco más empleado es la pilocarpina oral a dosis de 5 a 10 mg, tres veces al día, con la cual sólo pueden manifestarse efectos secundarios como sofocación, sudoración y poliuria, que desaparecen al disminuir la dosis. También se puede emplear la siguiente formulación: se disuelven 15 gotas (0,5 mL) de clorhidrato de pilocarpina al 1 % de las soluciones oftálmicas (isoptocarpina a 1 %) en un vaso con 20 mL de agua, para obtener una dosis equivalente a 5 mg; o bien, una o dos gotas de pilocarpina al 5 % sobre la lengua tres veces al día. También se puede utilizar una solución a base de ácido cítrico. Pueden aconsejarse caramelos o chicles de limón, aunque con precaución por el efecto de los azúcares (sorbitol, xilitol), que actúan como estímulos gustativos. (2)

Sustitutos de la saliva o saliva artificial: están reservados para pacientes desprovistos de parénquima salival funcionante, o que no pueden responder a la estimulación. Entre los sustitutos de la saliva se destaca la metilcelulosa, como solución acuosa; la carboximetilcelulosa y la hidroximetilcelulosa. La solución acuosa de metilcelulosa al 1 %, como enjuague, sustituye a las glicoproteínas de la saliva. (2)

Humectantes: como enjuague se puede utilizar una solución acuosa con glicerina, vaselina y parafina líquida al 50 %, en solución acuosa. (2)

Medidas generales: adecuada ingesta de agua, empleo de dentífricos, colutorios o geles que contienen lactoperoxidasas. La sustitución del efecto buffer de la saliva se obtiene mediante enjuagues con bicarbonato de sodio. El efecto analgésico se consigue con solución de difenhidramina y anestésicos locales. Se deberá considerar la aplicación de corticosteroides a muy bajas dosis o antiinflamatorios para evitar las lesiones orales. (2)

El tratamiento del componente bucal del SS es, en gran parte, sintomático; el estomatólogo debe establecer pautas de tratamiento que contengan acciones de promoción y prevención estomatológicas, asimismo, es necesario establecer evaluaciones sistemáticas para el control de la enfermedad, a fin de impedir que las complicaciones puedan repercutir en su estado de salud.

CONCLUSIONES

La xerostomía pudiera ser la antesala de determinados procesos sistémicos autoinmunes, como el Síndrome de Sjögren, o conducirse como una manifestación clínica de esta enfermedad. El Síndrome de Sjögren condiciona el deterioro de la función salival, la xerostomía, presentándose en un estadio precoz de la enfermedad, la cual induce a la aparición de manifestaciones bucales, propiciando de

conjunto un deterioro significativo del estado físico, psíquico y social de estos pacientes. En virtud, el estomatólogo general integral y/o estomatólogo general básico, ante aquellos pacientes con xerostomía de tres meses o más de evolución, deben intuir el padecimiento de este síndrome. El abordaje terapéutico de la enfermedad tiene un enfoque multidisciplinario; en lo que concierne al estomatólogo, el conocimiento de la enfermedad, el

interrogatorio, la exploración bucal minuciosa y la sospecha clínica del síndrome son claves para el éxito de su diagnóstico temprano y el manejo correcto de la enfermedad, el cual incluye medidas de promoción y prevención, así como, el seguimiento periódico, por el daño que esta afección ocasiona a la salud bucal y a la calidad de vida de estos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Chapa G, Garza B, Garza EM, Martínez G. Hiposalivación y xerostomía; diagnóstico, modalidades de tratamiento en la actualidad: Aplicación de neuroelectroestimulación. *Rev Mex Periodontol* [revista en internet]. 2012 [citado 12 enero 2017]; 3(1): 38-46. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2012/mp121h.pdf>.
2. Troya E, Martínez J, Padilla E, Rodríguez Y. Consideraciones actuales sobre la xerostomía o síndrome de boca seca. *Rev Méd Electrón* [revista en internet]. 2014, Oct [citado 12 enero 2017]; 36(5): 583-595. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000500006&lng=es.
3. Rivera H, Valero L, Escalona L, Roja-Sánchez F, Ríos MP. Manejo Multidisciplinario del paciente diagnosticado con el Síndrome de Sjögren. *Acta odontol. venez* [revista en internet]. 2009, Sep [citado 12 de enero 2017]; 47(3): 122-130. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000300017&lng=es.
4. Monteserín M, García B, Jiménez N, Cerero R, Esparza G. Síndrome de Sjögren. Revisión e implicaciones en el ámbito de la salud oral. *Cient. Dent* [revista en internet]. 2014 [citado 12 de enero 2017]; 11(1): 49-54. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4783129>.
5. Reis TR, Nogueira BM, Domínguez MC, de Menezes SA, da Silva e Souza P, Menezes TO. Manifestaciones Orales en Pacientes Reumatológicos: una Revisión de los Conocimientos. *Int. J. Odontostomat* [revista en internet]. 2015 [citado 12 de enero 2017]; 9(3): 413-418. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2015000300010&lng=es.
6. Martínez JP, Reyes Y. Síndrome de Sjögren. *Rev cubana med* [revista en internet]. 2010 [citado 12 de enero 2017]; 49(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232010000200006&lng=es.
7. Cantera Ocegüera DT; Alonso Castillo A. Enfermedades mixtas del tejido conectivo. Síndromes de superposición. Síndrome de Sjogren. EN: Coto Hermosilla C. *Reumatología pediátrica*. La Habana. Ecimed; 2012. p. 263-65.
8. Gomes Bica BE, Saldarriaga LM, de Almeida H, Leitão MN. Síndrome de Sjögren juvenil primario: Estudio de cohorte. *Rev Cuba Reumatol* [revista en internet]. 2009, Sep [citado 12 de enero 2017]; 17(1): 40-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962015000100007&lng=es.
9. Plaza Useche ML, Soto Chávez AA, Ramírez Aguilar MA, Alondra del Carmen Ruiz Uehara N; Huerta Carrillo A. Tratamiento interdisciplinario en un paciente con Síndrome de Sjögren. Reporte de caso. *Rev Mex Periodontol* [revista en internet]. 2013 [citado 12 de enero 2017]; 4(1): 24-30. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2013/mp131e.pdf>.
10. Ladino M, Gasitulli A, Campos X. Síndrome de Sjögren. Caso clínico. *Rev. Chil. Pediatr* [revista en internet]. 2015, Feb [citado 12 de enero 2017]; 86(1) Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000100009&lng=es.
11. Saldarriaga LM, Ventura L, Hernández C, Pineda C. Evaluación ecográfica de la glándula salival: utilidad y diagnóstico en el síndrome de Sjögren. *Rev Cuba Reumatol* [revista en internet]. 2015, Ago [citado 12 de enero 2017]; 17(2): 178-181. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962015000200013&lng=es.
12. Liang-Yu CH, Ming-Hsui T, Li-Tai T, Hsin-Man L, Chia-Ing J. Primary Sjögren's syndrome initially presenting as submandibular mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma: A case report. *Oncol Lett*. [revista en internet]. 2016 [citado 12 de enero 2017]; 11(2): 921-24 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4734050/>.

13. Ahmadi E, Fallahi S, Mojgan Alaeddini M, Tabatabaei MH. Severe dental caries as the first presenting clinical feature in primary Sjögren's syndrome. *Caspian J Intern Med* [revista en internet]. 2013 [citado 12 de enero 2017]; 4(3): 731-34. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3755841/>.
14. López RM, Fernández M, Hernández G. Afectación oral en el paciente con síndrome de Sjögren primario. Manejo multidisciplinario entre odontólogos y reumatólogos. *Reumatol Clin* [revista en internet]. 2015 [citado 12 de enero 2017]; 11(6): 387-94. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/afectacion-oral-el-paciente-con/articulo/S1699258X15000571/>.
15. Vallejo Bravo EJ, Peña Torres LM, Hernández Bautista PF. Correlación de la escala de Tarplay y el diagnóstico de pacientes con sospecha de tener síndrome de Sjögren del Centro Médico Nacional «La Raza». *Rev Odontol Mex* [revista en internet]. 2014 [citado 12 de enero 2017]; 18(4). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-odontologica-mexicana-90articulo-correlacion-escala-tarplay-el-diagnostico-90370827>.
16. De Sousa P, Juodzbalys G, Fernandes MH, Guobis Z. Advances in the Aetiopathogenesis of Sjögren's Syndrome: a Literature Review. *J Oral Maxillofac Res* [revista en internet]. 2012 [citado 12 de enero 2017]; 3(1): 2. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3886091/>.
17. González Céspedes O, Santos Fabrè E, Núñez Pupo N. Síndrome de Sjögren. *MEDISAN* [revista en internet]. 2011 [citado 12 de enero 2017]; 15(12): 1784-1809. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001200016&lng=es.
18. León EJ, Camejo D, Chaucanés AD, Bolaños LF. Un acercamiento al síndrome de Sjögren a través de un caso clínico: "secando el desconocimiento". *Panorama Cuba y Salud* [revista en internet]. 2010 [citado 12 de enero 2017]; 5(3): 38-48. Disponible en: <http://revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/95/pdf>.
19. Hernández IM, Reyes Y, Hernández MV, López AM, Gil R, Prada D, Molinero C. Síndrome de Sjögren y embarazo. *Rev Cub Reumatol* [revista en internet]. 2013 [citado 12 de enero 2017]; 15(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/210>.
20. Sturla G, Romo F, Torres MA. Manejo clínico odontológico integral del paciente con síndrome de Sjögren: una propuesta. *Av Odontoestomatol* [revista en internet]. 2014 [citado 12 de enero 2017]; 30(4): 205-217. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000400004&lng=es.
21. Rodríguez Palacios JA, Martínez Naranjo T. La Xerostomía en pacientes con prótesis dental. *Rev Cubana Estomatol* [revista en internet]. 2008 [citado 12 de enero 2017]; 45(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072008000200010&nrm=iso.
22. Blanco A, Otero E. Patología oral asociada a la sequedad bucal. *Av Odontoestomatol* [revista en internet]. 2014 [citado 12 de enero 2017]; 30(3): 129-133. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852014000300005&script=sci_arttext&lng=esja.org.
23. Rodríguez González JA. ¡Alerta! Síndrome de Sjögren; puede pasar inadvertido. *Rev Méd Electrón* [revista en internet]. 2010 [citado 12 de enero 2017]; 32(6). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202010/vol6%202010/Editorial.htm>.
24. Foglio PL, Rocchetti V, Migliario M, Giannoni M. La halitosis: revisión de la literatura. Primera parte. *Av Odontoestomatol* [revista en internet]. 2007 [citado 12 de enero 2017]; 23(6): 375-86. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852007000600004&lng=es.
25. De la Paz Suárez T, García Alguacil Cd, Núñez Rodríguez L. Boca seca: causas, diagnóstico y tratamiento. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* [revista en internet]. 2014 [citado 12 de enero 2017]; 39(10). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/153>.
26. Ruiz A, Infantes R, Jiménez A, Luján PP. Síndrome de Sjögren y halitosis: descripción de un caso clínico. *Reumatol Clin* [revista en internet]. 2015 [citado 12 de enero 2017]; 30(20): 30. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/sindrome-sjogren-halitosis-descripcion-un/avance/S1699258X15001916/>.
27. Guerrero Aguilar MV, Acosta García JM, Cutiño Montero LR, Pompa Milanés LA. Síndrome de Sjögren. Reporte de dos casos y revisión de la literatura. *Multimed* [revista en internet]. 2014 [citado 12 de enero 2017]; 18(3). Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2014/v18-3/14.html>.
28. De Luca FM, Roselló X. Etiopatogenia y diagnóstico de la boca seca. *Av Odontoestomatol* [revista en internet]. 2014 [citado 12 de enero 2017]; 30(3): 121-128. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000300004&lng=es&nrm=iso&lng=es.

29. Delfino RJ, Correa A, Castro F. Síndrome de Sjögren. Informe de un caso. Rev Inform Cient [revista en internet]. 2012 [citado 12 de enero 2017]; 75(3). Disponible en: http://www.gtm.sld.cu/sitios/cpicm/contenido/ric/textos/Vol_75_No.3/sindromesjogren_ic.pdf.
30. Cabrera Escobar D, Ferrer Hurtado O, González Valdés L, Cañadilla González L, Tellería Castellanos AM. Manifestaciones bucales del síndrome de Sjögren. Presentación de un caso. Rev Méd Electrón [revista en internet]. 2016 [citado 12 de enero 2017]; 38(6). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1913/3217>.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](#), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras, ni se realice modificación de sus contenidos.