

Manejo clínico odontológico en pacientes con síndrome de Sjögren

Hilda Geanella Briones Mosquera

e.hgbriones@sangregorio.edu.ec

Universidad San Gregorio de Portoviejo

Resumen

El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmunitaria que afecta a las glándulas salivales y lagrimales, provocando una disminución de la actividad secretora debido a la infiltración de linfocitos y la destrucción de las glándulas exocrinas. Por lo cual, el objetivo del presente artículo es identificar los aspectos relevantes conocidos sobre el manejo clínico odontológico en pacientes con síndrome de Sjögren, mediante una revisión bibliográfica que ha permitido precisar distintos aspectos del síndrome como su prevalencia, síntomas, etiopatogenia criterios diagnósticos y manejo estomatológico. Se realizó un estudio bibliográfico descriptivo cualitativo basado en la revisión de artículos científicos de acuerdo a los criterios de inclusión, seleccionado en las bases de datos PubMed, Scielo, Redalyc, Elsevier, se usó el metabuscador Google Académico que proporcionaron documentos con validez científica, a partir de eso se identificaron 50 artículos de los cuales se validaron 22, dando información clara sobre el tema. Se ha encontrado que este síndrome posee una larga data dentro de la historia de la medicina que ha permitido generar una estructura diagnóstica bien definida, sin embargo, el lento avance de la enfermedad, la falta de conocimiento de esta condición por parte de odontólogos, además de la sintomatología que aborda otras áreas externas a la odontología dificulta su diagnóstico. En conclusión, las investigaciones hasta la fecha no han presentado una cura, pero sí una serie de medidas paliativas que pueden mejorar la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: Síndrome de Sjögren, xerostomía, síntomas orales, manejo clínico, tratamiento.

Abstract

Sjögren's syndrome is an autoimmune disease that affects the salivary and lacrimal glands, causing reduced secretion activity due to lymphocytic infiltration and destruction of the exocrine glands. Therefore, the objective of this article is to identify the relevant known aspects of clinical dental management in patients with Sjögren's syndrome, through a bibliographic review that has made it possible to specify different aspects of the syndrome such as its prevalence, symptoms, etiopathogenesis, diagnostic criteria, and stomatological management. A qualitative descriptive bibliographic study was carried out based on the review of scientific articles according to the inclusion criteria, selected in the databases PubMed, SciELO, Redalyc, Elsevier, and Google Academic metasearch engine, which provided documents with scientific validity. A total of 50 articles were identified, of which 22 were validated, giving clear information on the subject. It has been found that this syndrome has extensive data within the history of medicine that has allowed generating a well-defined diagnostic structure; however, the slow progression of the disease, the lack of knowledge of this condition by dentists, in addition of the symptomatology that addresses other areas outside of dentistry makes its diagnosis difficult. In conclusion, research done to date has not presented a cure, but a series of palliative measures that can improve the quality of life of the patient.

Keywords: Sjögren's syndrome; xerostomia; oral symptoms; clinical management; treatment.

Introducción

Uno de los síndromes que afecta a las glándulas lagrimales y salivales, produciendo una reducción en su actividad secretora es el síndrome de Sjögren (SS) debido a que existe en esta enfermedad una infiltración linfocitaria y una reducción o destrucción de las glándulas exocrinas (1).

Algunos procesos autoinmunes sistémicos se pueden dar por medio de la xerostomía o boca seca, la cual suele considerarse una manifestación clínica de dicho síndrome (2). Así mismo se considera una enfermedad común del tejido conectivo en la que su mayor prevalencia se dará en las mujeres (3).

En la actualidad la biopsia de glándulas salivares y la serología son las pruebas más utilizadas en este momento para el diagnóstico del síndrome de Sjögren. Sin embargo, el estudio por imagen de la glándula salival, no es frecuente en reumatología y está enfocado a la patología autoinmune y algunas enfermedades diferenciales como tumoraciones de los conductos o quistes glandulares (4).

Según Fernández (5) Se detecto hiposalía en el 61% de los individuos y se encontró una alta prevalencia de pacientes con xerostomía (91,8%). La mitad de los sujetos presentaban lesiones en la cavidad oral, siendo más usual la candida, infecciones, alteraciones de la lengua y heridas traumáticas. Por otro lado, hubo una alta prevalencia de afectación de la articulación temporomandibular en pacientes con síndrome de Sjögren, y el hallazgo que ha sido identificado con mayor frecuencia es la disminución del espacio articular (6).

En los hombres la prevalencia es menor en cuanto a este síndrome, en general después de los 40 años, siendo así en las mujeres mayor con una incidencia de 1 de cada 9. En cuanto a la edad en niños y adolescentes, se ha descrito una forma juvenil de SS primario. Los expertos dicen que el síndrome puede afectar de 1 a 4 millones de personas de todas las razas y etnias y al 90% de las mujeres posmenopáusicas. En una encuesta epidemiológica de 2010, la prevalencia fue del 17% en la población estudiada. En 2015, en Brasil, se sugirió que la prevalencia podría oscilar entre el 0,03% y el 2,7% en todo el mundo.

Es importante identificar los principales signos del SS como: ardor y dolor de origen mucoso, dificultad para hablar, masticación, deglución, dispepsia, halitosis, sensación de sequedad de la cavidad oral, aumento de enfermedades periodontales y caries. Estos

pacientes precisan tener un tratamiento dental que incluye tres fases: Inicial, paliativa y preventiva, rehabilitación y rehabilitación y mantenimiento (7). Por otro lado, para lograr considerar un diagnóstico adecuado en el SS se debe tomar en cuenta la evaluación ecográfica de las glándulas salivales (8).

Este trabajo de investigación plantea la necesidad de conocer sobre este síndrome, ya que la información acerca del tema permite resumir las indicaciones y consejos que ayudarán al profesional odontólogo a manejar de modo adecuado a estos pacientes.

El objetivo del presente estudio es identificar los aspectos relevantes conocidos sobre el manejo clínico odontológico en pacientes con síndrome de Sjögren, y se consideran los siguientes objetivos específicos: describir el síndrome Sjögren, identificar los posibles factores causales del síndrome, describir las manifestaciones bucales en los pacientes.

Método

Esta investigación es bibliográfica descriptiva, cualitativa. Para la búsqueda se emplearon palabras claves tales como: Síndrome de Sjögren, xerostomía, síntomas orales, manejo clínico, tratamiento; en las bases de datos académicas como PubMed, Scielo, Redalyc, Elsevier y el metabuscador Google Académico. Se encontraron inicialmente un aproximado de 50 artículos, de los cuales 22 fueron seleccionados, se han utilizado aquellos artículos que han profundizado en el Síndrome de Sjögren, que brindan información científica.

Como criterios de inclusión se determinó que los artículos seleccionados sean a partir del año 2016 hasta la actualidad, a excepción de dos correspondientes al año 2015 por considerarlos relevantes. Dicha información fue encontrada en los idiomas: español, inglés y portugués. Por otro lado, se excluyeron artículos que no corresponden a los años establecidos y aquellos que no tienen relación con el tema de estudio.

Desarrollo y discusión

Una vez culminada la revisión de los artículos científicos se han encontrado hallazgos que permiten comprender diversos aspectos del Síndrome de Sjögren, como su origen, un acercamiento a su definición, su etiopatología, criterios que permiten su diagnóstico entre otros.

Se han documentado casos de este síndrome desde 1882, con presencia de xeroftalmia y xerostomía, con el paso de los años, se informa sobre tres casos donde se presentan los síntomas mencionados, presentando atrofia en las glándulas mucosas salivales, en las conjuntivas, laringe, nariz y vulva, esto permitió la sistematización de todas las manifestaciones como la base de un síndrome.

Con una serie de estudios se planteó el problema como un trastorno generalizado, para 1935 con observaciones de sequedad bucal y xeroftalmia, se amplió el concepto de enfermedad sistémica, durante los siguientes años, Sjögren publica 12 artículos de esta temática y se logra registrar diversos casos a nivel mundial (9).

A partir de lo mencionado, se buscó definir al SS. Diversos autores indican que es una enfermedad autoinmune sistémica, de tipo crónica e inflamatoria, en la que se manifiesta xerostomía (sequedad oral) y sequedad ocular debido al descenso, ausencia o afección de las glándulas exocrinas. Un punto relevante es que el espectro de ataque está dirigido a un órgano en específico (exocrinopatía), puede afectar de forma sistémica, atacando el sistema pulmonar, nervioso, músculo esquelético, renal y dermatológico (10).

En el caso del SS primario ocurre sin presencia de otras dolencias, en cambio, el SS secundario se origina con otras enfermedades. Con respecto a su prevalencia la población en general es un 0.5-8%, apareciendo con una relación mucho más alta en las mujeres que en los hombres (10).

Por las características del síndrome, de progresión lenta, se considera que debe ser valorada de forma minuciosa, revisando los síntomas y signos que aparecen en el tiempo. En la actualidad se emplea un criterio diagnóstico elaborado por el Grupo de Consenso Americano - Europeo 2002, que toma en cuenta la evaluación de síntomas y signos bucales, oculares, la presencia de anticuerpos séricos antinucleares (ANA), la histología de biopsia de glándulas salivales (11).

Tabla 1. Criterios diagnósticos para el Síndrome de Sjögren por el Grupo de Consenso Americano - Europeo 2002

Puntos	Criterios
1.Síntomas oculares (positivo al menos uno de ellos)	<p>¿Ha tenido los ojos secos todos los días durante más de tres o cuatro meses?</p> <p>¿Tiene una sensación repetitiva de aspereza?</p> <p>¿Utiliza lagrimas artificiales 3 o más veces durante el día?</p>
2.Síntomas bucales (positivo al menos uno de ellos)	<p>¿Ha tenido la boca seca todos los días durante más de 3 meses?</p> <p>¿Se le hincha la glándula parótida?</p> <p>¿Necesita beber líquidos para tragar alimentos?</p>
3.Signos oculares (positivo al menos uno de ellos)	<p>Prueba de Schirmer (5 mm o menos durante 5 minutos).</p> <p>Prueba de Rosa de Bengala (4 o mayor de 4)</p>
4.Hallazgos histopatológicos	<p>En biopsias de glándulas salivales, presencia de más de una concentración de células mononucleares de tejido glandular.</p>

5. Compromiso objetivo de glándulas salivales	Radiografía parotídea Sialografía parotídea Saliva en ausencia de estimulación inferior a 1,5 ml o menos durante 15 minutos.
6. Auto anticuerpos	Sensibilidad de anticuerpos anti-Ro / SSA o anti-La / SSB o al factor reumatoide y título de Anticuerpo antinuclear $\geq 1 / 320$

Fuente: Cabrera (11).

Dentro de las manifestaciones clínicas encontramos que el síntoma inicial más frecuente de este síndrome es la parotiditis recurrente, presente entre el 60 al 70% de los pacientes jóvenes. En cambio, en los adultos la sintomatología inicial que posee mayor frecuencia es la sequedad ocular y bucal presente en más del 95% de los casos. Algunas manifestaciones que serán descritas a continuación son la parotiditis recurrente, la sequedad bucal y ocular, la mucositis, la queilitis y las reacciones liquenoides (12).

En primer lugar, se menciona la parotiditis recurrente, condición que se presenta en diversos tipos de infecciones. Por lo tanto, se necesita descartar la presencia de una micosis para determinar si corresponde a un síntoma inicial de este síndrome, también se debe revisar si existen causas tumorales o presencia de litiasis glandulares. Como parte del tratamiento se utilizan antiinflamatorios no esteroideos y corticoides en caso de procesos agudos (12).

Por otra parte, la sequedad bucal y ocular se manifiesta cuando el parénquima glandular se ha ido destruyendo, aparece la necesidad de tomar agua constantemente, la sensación de un cuerpo extraño, la fotofobia y el dolor ocular, esto es acompañado por la dificultad de tragar sin tomar agua y el aumento de caries (12).

Términos vinculados con el SS – Consideraciones teóricas relacionadas al SS

Si se investiga sobre algunas prácticas más actuales, pero complejas para tratar el SS encontramos a la Terapia génica. Esta tiene como base el hecho que los genes presentes en las células del cuerpo desempeñan una función significativa para el ser humano, considerando que un gen o un bloque de genes con fallas pueden enfermar. Teniendo en cuenta este punto, la comunidad científica ha buscado mecanismos para modificar genes con el fin de sustituir aquellos defectuosos por saludables, para curar o en su caso prevenir una afectación de salud (13).

Este tipo de terapias poseen pocos años de desarrollo y son escasas las existentes en el mercado, sin embargo, desde 2017 ya se han empezado a vender productos relacionados con estas terapias. Su acción se basa en reprogramar las células del paciente para atacar la enfermedad, o sustituir genes o agregarlos, en otros casos desactivarlos, todo depende de la forma en que se ataque el problema (14).

Uno de los efectos de la presencia de SS es la apoptosis, este término es derivado del griego Apo, que significa hacia y ptosis, caída, es una de las principales vías de muerte celular, en la que se produce una reducción del volumen celular, además de la condensación de la cromatina, la fragmentación nuclear, la activación de caspasas, la fragmentación del ADN, vesicular de la membrana plasmática y formación de cuerpos apoptóticos que al final serán fagocitados por macrófagos o por las células cercanas para su eliminación (15).

Uno de los síndromes que también se relacionan con el SS es el Síndrome de boca urente. Según las últimas actualizaciones publicadas este se manifiesta como una sensación de ardor en el sector de la lengua (glosodinia), o en otra localización dentro de la mucosa oral. Hasta ahora, pese a los años de investigación no se ha conseguido conocer su etiología, aunque existen estudios que indican un posible origen sistémico, local o psicológico, por ende, puede provenir de una causa multifactorial. Hasta la fecha no se ha conseguido un tratamiento efectivo (16).

Otro síntoma presentado es la xerostomía, producida por una alteración del funcionamiento de las glándulas salivales, hoy en día no es tomada como una enfermedad (16). Ésta se deriva de un hipo secreción salival, se considera que los valores de un flujo bajo en reposo son menores a 0,1-0,2 mL/min y de un flujo bajo estimulado que sean

menores a 0,4-0,7 ml/min, Además su prevalencia en la población varía entre un 17 o un 29% siendo la población adulta mayor la más afectada con valores hasta del 47% (17).

Dentro de la lista también se encuentra la disfagia, que se entiende como la dificultad para la deglución. La disfagia podría producirse por alteraciones en diversos sistemas o partes del cuerpo ocasionada por el sistema nervioso central, los huesos del cuello o la cabeza o los músculos, la disfasia además puede producirse en cualquiera de las fases de este proceso que son fase oral, fase faríngea y fase esofágica (17).

Por lo contrario, Uno de los problemas en el que persisten o se perciben sabores desagradables tales como: salado, metálico o rancio y en ocasiones sensación de ardor en la boca es la disgeusia (18).

Manifestaciones clínicas del Síndrome de Sjögren en odontología

El SS manifiesta xerostomía y sequedad en la mucosa bucal, presenta dificultad en la fonación, la deglución y la masticación provocando una disminución relevante en la calidad de vida de los pacientes. Según el Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial (18) la mucosa oral se muestra pegajosa pálida seca y sin brillo. Por otra parte, la lengua se encuentra depapilada presenta fisuras, los resultados de años de evolución del síndrome se vuelve lisa y lobulada. A su vez, existe una predisposición a las infecciones bucales, especialmente candidiasis, por lo que la reducción del flujo salival afecta directamente a sus propiedades antifúngicas. Crea un crecimiento excesivo de especies de cándida, especialmente en la lengua, el paladar y las comisuras de los labios (19).

Además, para aquellos pacientes que sean portadores de prótesis dentales mucosoportadas, tienen que soportar dificultades para el normal funcionamiento de las mismas. Por qué el descenso de la cantidad de saliva posee cómo efecto la disminución en la retención de las prótesis, además de la aparición de úlceras traumáticas (19).

Así mismo se debe considerar que una de las consecuencias de la xerostomía es el predominio a las caries y la enfermedad periodontal. Incluso se produce la disminución del flujo salival por la poca concentración de proteínas LGA, qué origina un debilitamiento en el sistema de defensa antibacteriano. En ciertos casos puede presentarse

una hipertrofia de las glándulas salivales, con prevalencia en las parótidas, esta se caracteriza por una palpación no dolorosa y de consistencia firme (19).

Manejo clínico odontológico

Algunos de los objetivos del tratamiento del síndrome de Sjögren son prevenir y tratar aquellas lesiones que son producidas por la sequedad bucal y de esta forma minimizar las manifestaciones sistémicas que pueden ocurrir.

Se debe dar tratamiento manteniendo la cavidad bucal húmeda para reducir la aparición de otras complicaciones. En primer lugar, se inicia haciendo un historial completo del tipo de dieta que sigue el paciente, limitando la ingesta de carbohidratos, aumentando con frecuencia la ingesta de líquidos y eligiendo una dieta semilíquida, así como limitando el consumo de café, alcohol y tabaco (20).

Es necesario tomar en cuenta el cuidado integral del paciente, porque no existe un tratamiento único para este síndrome, por lo tanto, se debe considerar la educación, la prevención y el diagnóstico temprano. Con el fin de evitar las complicaciones se han desarrollado tres fases de atención para este síndrome. La primera es la inicial paliativa y preventiva, la segunda es restauradora y rehabilitadora y por último la fase de mantenimiento (20).

Fase inicial, paliativa y preventiva

En la primera fase se busca explicar, tranquilizar y advertir al paciente sobre las consecuencias bucales de su enfermedad sistémica. Se deben realizar charlas donde se busque medir y controlar la dieta mediante la disminución de carbohidratos y llevar a cabo una revisión de las horas de ingesta y reducirlas a cuatro veces al día. Así mismo hacer un cambio de hábitos, para que el paciente se acostumbre a anotar lo que consume en alimentos y las bebidas que ingiere, con el fin de poder analizarlos.

El tratamiento paliativo, el cual busca estimular el flujo salival mediante la ingesta abundante de líquidos, considerando como mínimo 2 litros de agua repartidos entre 8 a 10 vasos diarios. También se recomienda utilizar sustitutos de saliva a pesar de que sus beneficios son limitados. Se puede estimular el flujo salival mediante la función

masticatoria de forma mecánica, consumiendo alimentos que requieren de una masticación vigorosa como la zanahoria o incluso chicle, de preferencia sin azúcar.

Fase restauradora y rehabilitadora

En segundo lugar, está la fase restauradora rehabilitadora, para poder llegar a ella, se requiere de una evaluación oral del paciente con el fin de establecer cuáles son los factores de riesgo que inciden en la aparición de nuevas caries. En la actualidad se trabaja con una odontología poco invasiva, donde se utilizan materiales novedosos a fin de colocar restauraciones más pequeñas y conservadoras, que permitan la preservación de la estructura del diente.

Fase de mantenimiento

Por último, es necesario realizar el control clínico, con aplicación de barniz de flúor. Hacer una revisión de la dieta, de la higiene bucal y del estado periodontal. Por las características del síndrome, se recomienda que las consultas no deben tener mayor espacio de 3 (tres) meses para poder evaluar la respuesta al tratamiento y disminuir el riesgo de caries. Así mismo, educar al paciente para que desarrolle una minuciosa higiene bucal y dieta adecuada. Considerando la posible incidencia de caries que presenten, la recomendación general es el uso de dentífricos sin laurilsulfato de sodio, porque este provoca irritación en las mucosas (20).

Continuando con la misma línea de ideas es requerida una prescripción de enjuague diario con fluoruro tópico, acompañados de colutorios con clorhexidina al 0,12%, este tratamiento tiene que ser realizado una semana al mes. Es necesario la indicación de enjuagues de bicarbonato de sodio a realizarse después de las comidas para mantener el pH bucal, esto se debe acompañar con enjuagues de infusiones de manzanilla para estimular la reparación de las mucosas (19).

Con el fin de generar mayor estimulación salival, se pueden realizar dos estrategias. La primera es mediante la estimulación mecánica, masticando alimentos duros como zanahoria, tabletas de parafina o de vitamina C y chicles sin azúcar. La segunda mediante estimulación, utilizando medicamentos sialógogos. Que deben ser recetados por especialistas, como el carbacol y el betanecol (20).

Por lo tanto, una práctica recomendada es el uso de sustitutos de saliva o saliva artificial, en especial para los pacientes que no poseen la función parénquima salival, aquellos que no responden ante la estimulación. Algunos son: la metilcelulosa, la carboximetilcelulosa y la hidroximetilcelulosa (21).

Para aquellos casos crónicos del síndrome de Sjögren se aconseja el uso de 2 a 4 mg por kg diarios de hidroxicloroquina y se recomienda no superar la dosis de 5 mg por kilo en tratamientos extensos, esto permitirá la disminución de la frecuencia de parotiditis. En el caso de los infantes hay baja probabilidad de una afectación extra glandular, cuando suceden, se requiere de tratamientos inmunosupresores. Los tratamientos para la afectación sistémica es la hidroxicloroquina, el metotrexato, los corticoides, la azatioprina y en ciertos casos el rituximab (21).

Un dato importante a considerar, es que no existe un algoritmo de diagnóstico y tratamiento específico aceptado a nivel internacional. Por lo que, el odontólogo tiene que guiarse por los distintos autores que han escrito sobre el tema, la literatura disponible y su experiencia. Aunque existe un acercamiento a un posible algoritmo para la detección el diagnóstico y tratamiento del síndrome de Sjögren juvenil (21).

En ciertas ocasiones se recomienda el uso de humectantes como los enjuagues de solución acuosa con glicerina vaselina y parafina líquida al 50%. En caso de ser necesario, El efecto tamponador o buffer, es el responsable de mantener el pH salival, este se obtiene mediante el lavado con bicarbonato de sodio, mientras que el efecto analgésico se logra con una solución de difenhidramina utilizando un anestésico local (22).

La higiene oral es primordial en aquellos pacientes que sufran SS, se busca disminuir los efectos causados por la acumulación de placa, tanto en los dientes como en los tejidos blandos. Por ende, se recomienda realizar visitas periódicas al odontólogo cada tres meses con el fin de efectuar el control y mantenimiento adecuado en los pacientes (22).

En presencia de xerostomía, el cepillado debe hacerse de forma inmediata después de haberse aplicado el lubricante, con el fin de evitar erupciones traumáticas en la mucosa y en los dientes. Se recomienda que el cepillado debe hacerse de 3 a 4 veces al día después de las comidas y antes de acostarse (22).

En el caso del hilo dental es necesario usarlo con cuidado, para no lastimar las encías y se recomienda su uso una vez al día. En cambio, el flúor debe ser utilizado con precaución porque si la mucosa está erosionada o ulcerada, no se aconseja su uso (16). De igual importancia para el manejo del dolor, se usa analgesia local, que se puede complementar con analgésicos sistémicos si es necesario. El tratamiento se podría realizar con enjuagues que contengan sustancias que controlan el dolor directo, acompañadas de otras que alcalinizan el medio oral y que protegen la mucosa.

Se suele utilizar una combinación en partes iguales de un antiácido como los de hidróxido de aluminio y de magnesio con un jarabe de clorfeniramina (benadryl). Esta combinación ha demostrado ser efectiva en muchos pacientes. Se recomienda realizar el enjuague con una cucharada de 10 ML entre 4 a 6 veces al día (14).

El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune, que, a pesar de ser poco investigada durante los últimos años, posee una historia de amplia data que le ha permitido ser descrita a profundidad, en aras de ser diagnosticada con precisión. Se considera la existencia de un conjunto de criterios diagnósticos consensuados, pero al ser un síndrome de progresión lenta, poco conocido y con una incidencia baja en la población, muchas veces es desconocido por los dentistas.

Los resultados de la investigación demuestran que el SS genera un conjunto de agravios que deterioran de forma sensible la calidad de vida del paciente. Considerando que síntomas como la queilitis, la mucositis, la disgeusia y la sequedad bucal están presentes de forma continua, el acompañamiento odontológico debe ser constante y periódico.

Esto implica que se debe realizar una labor de sensibilización en el paciente para que cumpla con el plan establecido. Implicando también que la labor del odontólogo no solo es tratar las dolencias, sino asesorar, acompañar y estar pendiente de su progreso. Una de las limitaciones en el tratamiento de este síndrome, es que cada caso es particular y por lo tanto estructurar un modelo de acción general para tratar esta afección no es viable, y es necesario crear planes de atención personalizados a cada paciente.

Conclusiones

En conclusión, el síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune sistémica, de tipo inflamatoria y crónica, entre los posibles factores causales la xerostomía y xeroftalmia debido al descenso, ausencia o afección de las glándulas exocrinas, presentando dificultad en la fonación, deglución y la masticación provocando una disminución relevante en la calidad de vida de los pacientes. Las manifestaciones clínicas de este síndrome son extensas, lo que dificulta su diagnóstico. Entre ella se encuentran la parotiditis recurrente, la sequedad bucal y ocular, mucositis, la queilitis, la disgeusia, la halitosis, la candidosis, alteraciones en la masticación y la deglución, pero las más importantes son la sequedad bucal, que prima en un 95% de los casos.

Los aspectos más conocidos que se han podido identificar en cuanto al manejo clínico del síndrome de Sjögren con el fin de evitar complicaciones se han desarrollado tres fases: Inicial paliativa y preventiva, restauradora y rehabilitadora y por último la fase de mantenimiento, sin embargo, no se ha encontrado la cura, por lo tanto, se recomiendan que las siguientes investigaciones se centren en aquellas terapias o indicios que deriven en una cura a esta compleja afección y que no sea solo tratamientos paliativos.

Bibliografías

- 1.Saccucci M, Di Carlo G, Bossù M, Giovarruscio F, Salucci A, Polimeni A. Autoimmune Diseases and Their Manifestations on Oral Cavity: Diagnosis and Clinical Management.2018.
- 2.Cabrera Escobar D, González Valdés D, Ferrer Hurtado O.Xerostomía en pacientes con síndrome de Sjögren.2017.
- 3.Reyes Jaraba CA, Pájaro Galvis NE, Vergara Serpa OV, Conquett Huertas JY, Echenique Torres OD, Gutiérrez AC, Serna Oteroc DA, Zapata Cerpa DC. Síndrome de Sjögren: epidemiología y manifestaciones clínicas.2020.
- 4.Saldarriaga Rivera I LM, Ventura Ríos II L, Hernández Díaz III C, Pineda Villaseñor C. Evaluación ecográfica de la glándula salival: utilidad y diagnóstico en el síndrome de Sjögren.2015.
- 5.Fernández Castro M, López-Pintor RM, Serrano J, Ramírez L,Sanz M, Andreu JL, Munoz Fernández S. Protocolised odontological assessment of patients with primary Sjögren's syndrome.2018.
- 6.Pimienta Concepción I, Camaño Carballo L. Disfunción temporomandibular en pacientes con síndrome de Sjögren.2020.
- 7.Zaldívar Pupo OL, Almaguer Pérez D, Leyva Infante M, Castillo Santiesteban Y, Grave de Peralta Hijuelos M. Manejo estomatológico de pacientes con síndrome de Sjögren.2018
- 8.Wong Lam A, Campozano Vásquez K, Hernández Díaz C, Ventura Ríos L,Pineda Villaseños C. síndrome de sjögren y ultrasonido.2015
9. Zúñiga K. Síndrome de Sjögren asociado a la enfermedad periodontal. [Guayaquil]: Universidad de Guayaquil; 2019.
10. Cabrera Escobar Deyanira, Ferrer Hurtado Orquídea, González Valdés Luis, Cañadilla González Luis, Tellería Castellanos Ana María. Manifestaciones bucales del síndrome de Sjögren. Presentación de un caso. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2016 Dic [citado 2021 Ago 02] ; 38(6): 877-886. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000600009&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000600009&lng=es)

11. Cabrera Escobar D, González Valdés L, Ferrer Hurtado O. Xerostomía en pacientes con síndrome de Sjögren. Rev. electron. Zoilo [Internet]. 2017 [citado 3 Ago 2021];, 42(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/926>
12. González JCN, Sáez IM, Benavente BS. Síndrome de Sjögren [Internet]. Aeped.es. [citado el 3 de agosto de 2021]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_sjogren.pdf
13. Periocentrum. Síndrome de Sjögren o de la Boca Seca [Internet]. Periocentrum.com. 2021 [citado el 3 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://periocentrum.com/2021/07/23/sindrome-de-sjogren-o-de-la-boca-seca/>
14. Palacios E, Miró M, Boticario C. MUERTE CELULAR Y CÁNCER: LAS VÍAS DE LA APOPTOSIS Y DE LA AUTOFAGIA COMO DIANAS EN LA TERAPIA DEL CÁNCER. MUERTE CELULAR Y CÁNCER: LAS VÍAS DE LA APOPTOSIS Y DE LA AUTOFAGIA COMO DIANAS EN LA TERAPIA DEL CÁNCER. 2011;15(2):191–215.
15. Cepero Santos A, Millo López S, López Rodríguez A. SÍNDROME DE BOCA ARDIENTE: ACTUALIZACIÓN. Rev cienc médicas Pinar Río. 2016;20(4):187–200.
16. Ulloa B JP, Fredes C F. Manejo actual de la xerostomía. Rev otorrinolaringol cir cabeza cuello. 2016;76(2):243–8.
17. Méndez M, López M, Pérez A. Disfagia orofaríngea. Algoritmo y técnicas diagnósticas [Internet]. Sapd.es. 2017 [citado el 3 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.sapd.es/revista/2017/40/3/03>
18. NIDCR. Los trastornos del gusto [Internet]. Nih.gov. 2018 [citado el 3 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.nidcr.nih.gov/espanol/temas-de-salud/trastornos-del-gusto/informacion-adicional>

19. Tortajada C. Tratamiento odontológico de pacientes con Síndrome de Sjögren. Ocronos [Internet]. 2020; Available from: <https://revistamedica.com/tratamiento-odontologico-sindrome-sjogren/>
20. Zaldívar POL, Almaguer PD, Leyva IM, et al. Manejo estomatológico de pacientes con síndrome de Sjögren. Correo Científico Médico. 2018;22(2):325-338.
21. Reyes Jaraba CA, Pájaro Galvis NE, Vergara Serpa OV, Conquett Huertas JY, Echenique Torres OD, Cortina Gutiérrez A, et al. Síndrome de Sjögren: epidemiología y manifestaciones clínicas. Rev Colomb Reumatol [Internet]. 2021 [citado el 3 de agosto de 2021]; Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-reumatologia-374-articulo-sindrome-sjogren-epidemiologia-manifestaciones-clinicas-S0121812321000244>
22. Cabrera Escobar D, González Valdés L, Ferrer Hurtado O. Xerostomía en pacientes con síndrome de Sjögren. Rev. electron. Zoilo [Internet]. 2017 [citado 3 Ago 2021];, 42(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/926>