

MANEJO ODONTOLÓGICO INTEGRAL DEL PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN

Dr. Rogger Bardález Daza

INTRODUCCION

El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por infiltración linfocítica de las glándulas exocrinas que produce los clásicos síntomas de ojos secos y boca seca. Esta enfermedad puede aparecer sola (Síndrome de Sjögren Primario) o en asociación con otras enfermedades autoinmunes tales como la artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico o esclerosis sistémica progresiva (Síndrome de Sjögren secundario).^{1,2}

El síndrome de Sjögren primario tiene una progresión lenta y benigna, mientras que el secundario predispone al desarrollo de linfomas malignos con un riesgo estimado de 44 veces más que la población general.^{2,3} Esta enfermedad afecta predominantemente a mujeres con una edad media de 50 años, aunque puede ocurrir en hombres y niños. La relación de mujeres a hombres es de 9 a 1, La prevalencia del síndrome de Sjögren primario es aproximadamente de 0.5 a 1 %. En adición al síndrome primario, 30 % de pacientes con enfermedad reumática autoinmune sufren de síndrome de Sjögren secundario.²

SALIVA

La saliva es una secreción compleja que mantiene la homeostasis oral, un adulto sano produce 1.5 litros de saliva cada 24 horas. Este fluido no solo lubrica la boca y faringe superior, ayuda a mantener saludable el esófago amortiguando el reflujo de ácidos gástricos, también modula la flora oral, ayuda en la digestión inicial de comidas, facilita el habla y la deglución.

La protección de los dientes es una de las más importantes funciones de la saliva ya que los ácidos generados de los carbohidratos fermentados son amortiguados por la saliva, también la saliva es sobre saturada con calcio y fósforo que ayudan en la remineralización dental.

Las glándulas salivales y saliva son parte del sistema inmune mucosal ya que las células plasmáticas que están en las glándulas salivales producen anticuerpos (Ig A), además las glándulas salivales producen otras moléculas antimicrobiales no-inmunoglobulinas tales como lisosina, lactoferrina, peroxidasa e histaminas, por lo tanto un paciente con ausencia parcial o completa de saliva tiene un alto riesgo de tener problemas orales serios.⁴

CAMBIOS ORALES EN EL PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN

Las manifestaciones orales suelen comenzar de forma insidiosa y progresiva lentamente, su manifestaciones iniciales puede ser sequedad de mucosa y 8 a 10 años de transcurrido los síntomas iniciales se desarrolla completamente la enfermedad²

La xerostomía o la queja de boca seca es frecuentemente el síntoma de disfunción de la glándula salival, pero en sujetos normales, se encontró que el flujo salival debería ser reducido en un 50% para que la boca seca sea sintomática, por lo tanto otros síntomas orales son mejores indicadores de reducción de saliva que se debería de tener en cuenta al evaluar un paciente y sospechar de disminución salival, estos incluyen: dificultad para deglutir alimentos sin fluidos adicionales (especialmente comidas secas), las comidas picantes, muy condimentadas o frutas que manchen la boca, la comida continuamente se pega a sus dientes y dificultad para hablar continuamente durante unos minutos⁴.

Cuando la xerostomía es moderada, el principal síntoma es la sequedad oral continua. El paciente puede manifestar dificultad para deglutir alimentos, cambios en el sentido del gusto, sensación de ardor de la mucosa oral y problemas para usar dentaduras completas. Los signos orales incluyen incremento de lesiones cariosas, sequedad de la mucosa oral, ausencia de saliva en el piso de boca, disminución del flujo salival al ordeñar las glándulas salivales mayores, eritema de la mucosa oral con lengua depapilada y queilitis angular (Fig. 1,2), éstos últimos signos están generalmente causadas por crecimiento de la *Cándida Albicans* denominándose a esto como candidiasis eritematosa crónica y aparece en un 30 % de los pacientes^{1,2,4,5,6,7,8}

CAMBIOS DENTALES Y PERIODONTALES

El problema dental predominantemente en pacientes con síndrome de Sjögren es la caries dental. La falta de saliva predispone a los pacientes al rápido desarrollo de lesiones cariosas especialmente a lo largo del margen cervical tanto en las áreas libres como en proximales a pesar de una buena higiene oral y cuidado dental regular (Fig. 3,4,5,6). El síndrome de Sjögren no parece incrementar el riesgo de enfermedad periodontal aunque otros estudios indican lo contrario.⁸

Con respecto a esto un estudio dice que los pacientes con Síndrome de Sjögren tienen 2.2 veces más riesgo de tener periodontitis del adulto que los pacientes saludables.⁹ Así mismo otro estudio sugiere que el síndrome de Sjögren puede afectar la colonización de la placa bacteriana y puede

- Coordinador del Post - Grado.
Area de Rehabilitación Oral.
Universidad Peruana Cayetano Heredia.



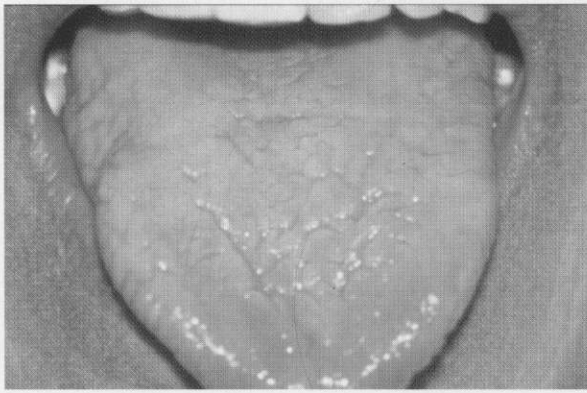


Fig. 1.- Sequedad oral y lengua depapilada

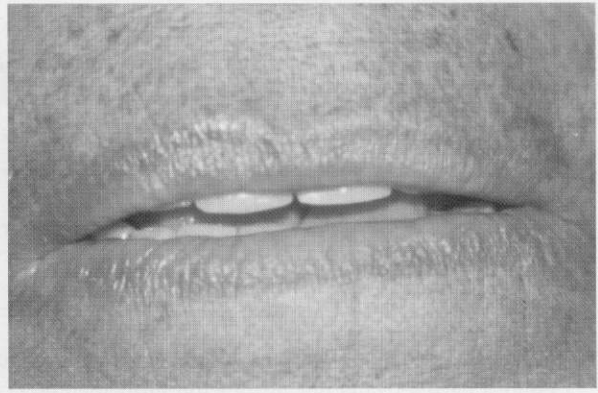


Fig. 2.- Queilitis angular bilateral

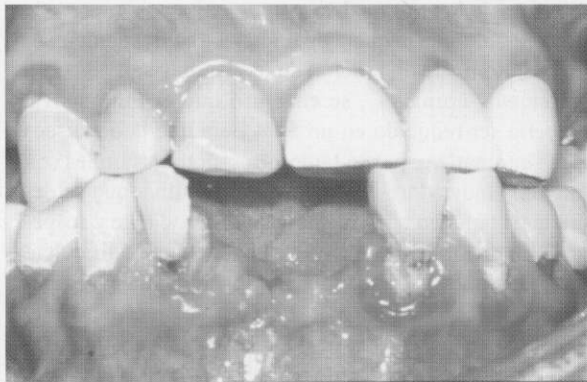


Fig. 3.- Lesiones cariosas múltiples.

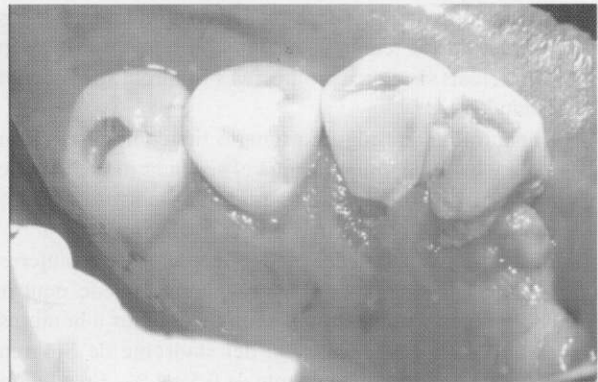


Fig. 4.- Lesiones cariosas cervicales vestibulares



Fig. 5.- Lesiones cariosas cervicales linguales



Fig. 6.- Radiográficamente se observa lesiones cariosas proximal



Fig. 7.- Restauraciones con ionómero



Fig. 8.- Restauraciones con ionómero





Fig. 9.- Antes del tratamiento



Fig. 10.- Fase de temporalización



Fig. 11.- Coronas provisionales

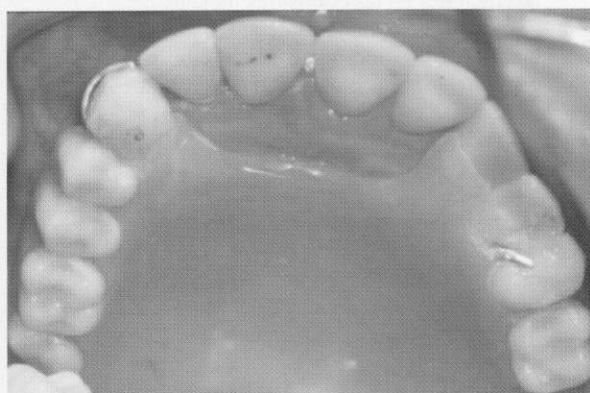


Fig. 12.- Prótesis parcial removible tratando de cubrir la menor cantidad de tejidos blandos

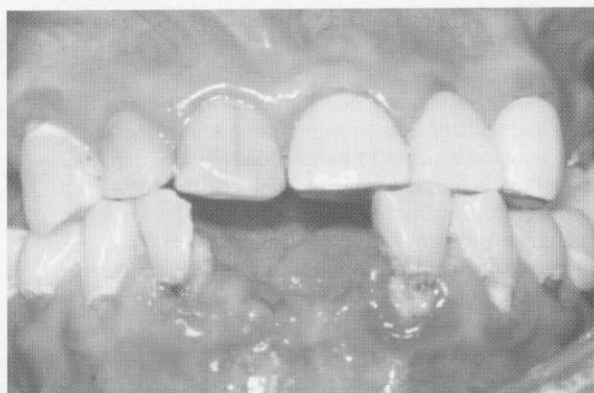


Fig. 13.- Antes del tratamiento



Fig. 14.- Después del tratamiento



Fig. 15.- Antes del tratamiento



Fig. 16.- Después del tratamiento

contribuir a incrementar la enfermedad periodontal en estos pacientes.¹⁰

CONSIDERACIONES GENERALES PARA EL MANEJO DE ESTOS PACIENTES

Para el manejo odontológico de estos pacientes hay que tener algunos cuidados previos:

1. Lubricar los labios y mucosa sea con cremas o vaselina y manipular los tejidos con mucho cuidado para minimizar las desagradables grietas y ulceraciones
2. Durante el tratamiento dental, hacer que el paciente se humedezca la mucosa oral con agua cada cierto tiempo.
3. Las citas deben ser de periodos cortos para evitar laceraciones en las comisuras labiales.
4. Para los tratamientos protéticos se deben variar o buscar técnicas de pocos pasos clínicos como por ejemplo hacer las prótesis totales en cuatro citas, etc.

LINEAMIENTOS PARA LA REHABILITACION ORAL

I.- Determinación del Riesgo Estomatológico¹¹

Estos pacientes por lo general tienen un riesgo estomatológico alto (riesgo de caries y actividad de caries) que indica altos niveles de S Mutans en la boca, por lo que el abordaje en estos pacientes debe de seguir los siguientes criterios:

1. Restauración masiva de las lesiones cariosas con ionómeros, así reduciremos los altos niveles bucales del S. Mutans al eliminar los nichos de estas bacterias (Fig. 7,8).
2. Instrucción de higiene oral, educar al paciente con énfasis en la higiene oral y control escrupuloso de placa bacteriana.
3. Aplicación de fluoruro de sodio neutral en gel al 1.1%, respecto a esto la manera más efectiva para aplicar fluoruro tópico es a través de una cubeta individual (como para blanqueamiento dental) por 5 minutos diariamente, logrando así que el fluor entre en áreas interproximales y alrededor de los márgenes cervicales.
4. Asesoría dietética: indicar al paciente que en su dieta debe de restringir los azúcares extrínsecos como los azúcares lacteos y no lácteos (jugos de frutas

procesadas, miel y azúcares agregados durante la fabricación del alimento, azúcar de repostería y azúcar de mesa). Si puede consumir azúcares lácteos ya que tienen un potencial cariogénico relativamente bajo, y además se debe de promover la ingestión de azúcares intrínsecos (frutas frescas jugosas y vegetales como las verduras)

5. Controles periódicos, por lo general se sugiere que sea cada tres a cuatro meses y hacer controles con radiografías de mordida para observar si hay caries proximales.

II.- Determinación del riesgo de caries recurrente:

Cuando una restauración protésica es planificada para pacientes con xerostomía inicialmente se deben de colocar restauraciones conservadoras mientras se determina el riesgo de caries recurrente en el paciente como por ejemplo grandes reconstrucciones de amalgama en vez de coronas, prótesis removible en vez de prótesis fija. Si se coloca prótesis totales o parciales y si la sequedad oral y la retención son problemas continuos se deberá planear la elaboración de la prótesis con reservorios para la saliva artificial o el agua que servirá como lubricante de la mucosa oral.

Esta etapa de temporalización nos servirá para evaluar el riesgo de caries recurrente para ello es importante que nuestras coronas provisionales esten bien adaptadas y la prótesis removible cubra la menor cantidad de tejidos blandos. (Fig. 9, 10, 11, 12)

III.- Planificación del tratamiento definitivo:

Una vez que se ha determinado el riesgo de caries recurrente se procederá a realizar los tratamientos protéticos definitivos teniendo en cuenta lo siguiente:

La prótesis fija deberá ser usado juiciosamente ya que la caries cervical es alta en estos pacientes y la recurrencia de ésta es la causa común de los fracasos de prótesis fija. Si hay que realizar esto se sugiere que los márgenes de las preparaciones dentales deben de ser supragingivales para facilitar la limpieza y la aplicación de fluoruros. Así mismo la ferulización de coronas y los cantilevers deben ser evitadas esto para facilitar la limpieza^{6,8,12}

Para el caso de la prótesis removibles se debe de hacer el diseño de los conectores mayores cubriendo la menor cantidad de los tejidos blandos. (Fig. 13, 14, 15, 16)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Vidal, VI. Bases y Principios en Reumatología. Lima- 1997
- 2.- Harrison's Principles of Internal Medicine- 14 Th Edition. McGraw-Hill. 1998
- 3.- Jordan R, Speight P. Lymphoma in Sjögren's syndrome. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1996;81:308-20
- 4.- Atkinson J Wu AJ. Salivary gland dysfunction: Causes, Symptoms, treatment JADA 1994;125(4): 409-16
- 5.- Dawes C. Physiological factors affecting salivary flow rate, oral sugar clearance, and sensation of dry mouth in man. J. Dent Res 1987; 66: 648-53
- 6.- Lilly JP, Fotos PG. Síndrome de Sjögren: Diagnóstico y manejo de las complicaciones orales Journal de Clínica en Odontología 1998/1999; 7:45-51
- 7.- Daniels TE. Et al. The oral component of Sjögren syndrome. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1975;39(6):875-85
- 8.- Atkinson J Fox P. Sjögren's Syndrome: Oral and dental considerations JADA 1993; 124(3):74-86
- 9.- Najer N Et al. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1997;83(4):453-7
- 10.- Celenligil H Et al. J Periodontol 1998;69(59):514-7
- 11.- Heredia C, et al. Odontología preventiva en el niño y el adolescente. Ira. Edición Lima Perú- UPCH, 1999
- 12.- Barker B. Sjögren's syndrome: Diagnosis and dental treatment The Journal of Prosthetic Dentistry 1978;39(5):536-8

