

Manejo estomatológico de pacientes con síndrome de Sjögren

Sjögren's syndrome. Patients dentistry`s management

Olga Lilia Zaldívar Pupo¹, Denis Almaguer Pérez², Maite Leyva Infante², Yanet Castillo Santiesteban¹, Mariela Grave de Peralta Hijuelos³

1. Máster en Urgencias Estomatológicas. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Asistente. Clínica Estomatológica Artemio Mastrapa. Holguín. Cuba.

2. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Asistente. Clínica Estomatológica Artemio Mastrapa. Holguín. Cuba.

3. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Especialista en Segundo Grado de Estomatología General Integral. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas. Holguín. Cuba.

RESUMEN

El síndrome de *Sjögren* es una enfermedad autoinmune. Afecta las glándulas que producen secreciones y humedad. Para esta investigación la revisión bibliográfica se realizó en bases de datos de *Infomed*, *SciELO Regional*, *Clinical Key* y *PubMed*; con el objetivo de actualizar los signos y síntomas orales, y el manejo estomatológico, en pacientes con síndrome de *Sjögren*. Los principales síntomas orales son: ardor y dolor de origen mucoso, disgeusia, dificultad en la fonación, formación del bolo alimenticio, masticación y deglución. Entre los signos orales se encuentran: pérdida del brillo, palidez y adelgazamiento de las mucosas, inflamación y candidiasis oral. El tratamiento estomatológico se realiza en tres fases: inicial, paliativa y preventiva, restauradora y rehabilitadora, y mantenimiento. Es importante conocer y diagnosticar los signos y síntomas orales del paciente con síndrome de *Sjögren*, pues estos requieren un manejo estomatológico especial.

Palabras clave: síndrome de *Sjögren*, xerostomía, signos orales, síntomas orales, manejo estomatológico.

ABSTRACT

Sjögren syndrome is an autoimmune disease. It attacks the secretions and humidity glands. For bibliographical databases reviewing, we used *Infomed*, *SciELO Regional*, *Clinical Key* and *PubMed*. In order to upgrade knowledge about oral signs and symptoms, dentistry`s management and treatment of *Sjögren* syndrome patients. Burning mucous and pain, dysgeusia, phonation, alimentary bolus formation, chewing and swallowing difficulties, are the main symptoms. Paleness, mucous membranes brilliance and weight loss, oral inflammation and candidiasis are most common signs. The dentistry`s management of patients with this syndrome, divides in three phases: start-up, palliative and preventive, restoring and rehabilitative, and maintenance. It is important to know and to diagnose signs and symptoms of the patient with a special dentistry`s management.

Keywords: syndrome of *Sjögren*, xerostomia, oral signs, oral symptoms, dentistry`s management.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de *Sjögren* (SS) es una enfermedad autoinmune.¹ Sus características fueron descritas a principios de los años 30, por el oftalmólogo sueco Dr. *Henrik Sjögren*.²

El sistema inmunológico ataca las glándulas que producen secreciones y humedad³ provocando sequedad en la boca y en los ojos. Otras partes del cuerpo pueden estar afectadas como resultado de síntomas probables. Hay dos tipos de SS: primario y secundario.^{4, 5} El primario afecta las glándulas salivales y lagrimales, dejando sequedad bucal y ocular; el secundario se activa al asociarse con enfermedades reumáticas como el lupus eritematoso sistémico. La cronicidad de ambos produce un impacto importante a nivel físico, social y psicológico.^{6, 7}

La saliva facilita el mecanismo de autolimpieza intraoral, la formación del bolo alimenticio, la fonación y el proceso de remineralización dentaria. En los pacientes con síndrome de *Sjögren*, ocurre una disminución de la secreción salival, la cual termina en xerostomía. Los pacientes

presentan sensación de sed, dificultad para la masticación y la deglución, cambios en el tono de la voz, disminución de la agudeza del gusto, lengua seca, halitosis, gingivitis, periodontitis y caries dentales.⁸⁻¹⁰

El mayor número de caries hace que estos enfermos acudan con mayor frecuencia al dentista, pierdan mayor número de dientes, y tengan mayor número de dientes restaurados en comparación con los sujetos control.¹¹

El tiempo promedio desde el primer síntoma hasta el diagnóstico, es de 2 a 8 años. Los especialistas responsables del tratamiento son: el estomatólogo, alergista, dermatólogo, reumatólogo, gastroenterólogo, ginecólogo, neurólogo, oftalmólogo, otorrinolaringólogo, neumólogo y urólogo.¹

En las mujeres la prevalencia es mayor, con una proporción de 1 de cada 9, respecto a los hombres; generalmente después de los 40 años. Sin embargo, en los niños y adolescentes con signos más severos de la enfermedad, se ha descrito una forma de SS primario juvenil.^{12, 13}

Los expertos afirman que, esta enfermedad puede afectar de 1 a 4 millones de personas de todas las razas, etnias¹ y que, el 90% son mujeres que enfrentan procesos posmenopáusicos.

Durante un levantamiento epidemiológico en el año 2010, *Pinheiro y col.* presentaron una prevalencia del 17% en la población estudiada.¹⁴ En el año 2015, en Brasil, se planteó que la prevalencia podía variar de 0,03% al 2,7%, de la población mundial.¹⁵ En este mismo año, en Cuba, Guerrero Aguilar y col.¹⁶ y Cabrera Escobar y col.⁴ realizaron presentaciones de casos del SS, en Bayamo y Matanzas respectivamente.

El diagnóstico es, por lo general, tardío. Tanto los pacientes como los médicos suelen subestimar los síntomas.¹⁷ El manejo terapéutico requiere de un equipo multidisciplinario, donde el papel del estomatólogo y la buena relación del reumatólogo con el estomatólogo, son imprescindibles.⁴

Actualmente, existen fallas en el diagnóstico oportuno. Para un tratamiento exitoso, el conocimiento de esta enfermedad y su protocolo de tratamiento son claves.

Por esta razón, en nuestro país, concedemos importancia a las investigaciones relacionadas con el síndrome de *Sjögren*, para su seguimiento, diagnóstico, manejo clínico y protocolo de tratamiento adecuados. Por todo lo antes expuesto, nos propusimos realizar una búsqueda bibliográfica, con el

objetivo de actualizar los signos, síntomas orales, y el manejo estomatológico de pacientes con síndrome de *Sjögren*.

DESARROLLO

Revisión bibliográfica: se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva en las principales bases de datos de *Infomed*, del 12 enero al 25 de junio del 2017.

En *SciELO Regional* (<http://www.scielo.org/php/index.php?lang=es>), con los descriptores "síndrome de *Sjögren* en estomatología" y "síndrome de *Sjögren*"; se encontraron 30 referencias a texto completo.

En *Clinical Key* (<https://www.clinicalkey.es>); con "signos y síntomas orales del síndrome de *Sjögren* " se encontraron 193 referencias de los últimos 6 años. Con los descriptores en inglés "*Sjogren's Syndrome Oral Medicine*" se obtuvieron 218 resultados.

En *PubMed* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) con el descriptor "*Sjogren's Syndrome Oral Medicine*" se encontraron a texto completo, gratis, de los últimos 5 años, 225 artículos científicos.

No se pusieron restricciones a los tipos de artículos revisados, aunque se priorizaron los artículos originales y las revisiones bibliográficas.

Se recuperaron 150 artículos a texto completo, arbitrados, escritos en inglés y español, principalmente desde el año 2011 hasta junio del 2017; y a cada autor se le asignaron 30 artículos para su revisión crítica. Se acotaron 30 artículos.

Consideraciones éticas: los autores no refieren conflictos de intereses.

Síndrome de *Sjögren*: el síndrome de *Sjögren* (SS) se describe como: una enfermedad con una manifestación primaria del 0,05% al 1% en la población; secundaria hasta el 30% en pacientes con artritis reumatoidea; 10% con lupus; y 20% con esclerodermia. Se ha reportado un alto riesgo de desarrollar linfoma maligno en pacientes con SS primario, ¹ específicamente el linfoma no *Hodking*.⁶

Síntomas orales: se acentúan a partir del mediodía, y alcanzan su expresión más alta por la noche: halitosis, sequedad bucal, ardor y dolor de origen mucoso en la lengua; dificultad para la fonación, formación del bolo alimenticio, masticación y deglución; disgeusia con sensación de

“sabor metálico”, lo que modifica la calidad de la alimentación del paciente, pues este prefiere comidas con alto contenido de azúcares y agua.^{11, 17, 18}

Signos orales: debido a la sequedad, las mucosas se tornan, pálidas, delgadas y pierden el brillo.¹⁸ La lengua se presenta depapilada, el dorso aparece fisurado, y algunas veces lobulado.¹⁹ Generalmente, se observa inflamación y candidiasis oral, a nivel de lengua y el paladar.²⁰ En los pacientes portadores con prótesis dentales, el roce con las encías produce inflamación y, en algunos casos, erosiones sobre la mucosa oral y resequedad labial.^{10, 21}

Signos dentarios en pacientes con síndrome de *Sjögren*: existe un aumento de la enfermedad periodontal y de las lesiones cariosas que se generan principalmente a nivel cervical,¹⁸ pero pueden aparecer en la superficie cerca de la raíz del diente, y en otras localizaciones atípicas como caras linguales, incisales y cúspides de los dientes.⁹

Función del flujo salival normal: la saliva desempeña un papel importante en el mantenimiento y protección de la salud bucal. Una calidad y cantidad deficientes son perjudiciales.¹¹ El flujo salival facilita el movimiento de la lengua, mucosa y labios, y ayuda en la limpieza de la boca, al arrastrar restos de comida y bacterias; y permite movimientos necesarios de la lengua y los labios para la fonación. También contribuye a la formación y transporte del bolo alimenticio para la deglución.¹⁰ La saliva es vital para los dientes, ya que actúa como un factor dinamizador del proceso de desmineralización y remineralización de estos últimos.⁹

Efectos de la disminución del flujo salival: empaquetamientos de comida en las caras vestibulares de los dientes, debido a la pobre lubricación y a la falta de acción mecánica de la saliva.²² La xerostomía secundaria del SS, reduce el contenido de proteínas IgA, y debilita el sistema de defensa antibacteriano contra la caries.

Los pacientes con poca producción de saliva, presentan un medio bucal ácido con concentración sobresaturada de calcio y fósforo, lo que favorece la desmineralización del esmalte por la ausencia de la capacidad amortiguadora, frente a la producción ácida de las bacterias.¹¹ Al utilizar las resinas compuestas, se produce la contracción de la polimerización, lo que genera fuerzas en las estructuras cristalinas del esmalte y la dentina.

En los pacientes con SS, el esmalte y la dentina se encuentran debilitados. La tendencia a la desmineralización, asociada a la deficiente calidad de la saliva, produce la contracción de la polimerización de las resinas compuestas y microfracturas marginales, que inducen al desalojo de la restauración y/o la aparición de nuevas caries. Al perder su integridad marginal por

deshidratación, respecto a la adhesión a la superficie, el vidrio ionómero se desaloja o se desintegra.¹¹

Diagnóstico: se obtiene mediante la biopsia de las glándulas salivales menores.²³ Según el grupo de consenso americano-europeo del año 2002, sí existen criterios diagnósticos para el síndrome de *Sjögren*.²⁴ Un estudio reciente demostró que, la escala de *Tarplay* es un método confiable, para evaluar histológicamente las biopsias de glándulas salivales labiales y, establecer el diagnóstico de SS.²⁵

Manejo estomatológico: es fundamental para el cuidado integral del paciente,²⁶ pues no existe un tratamiento curativo del SS. La educación, información, prevención, diagnóstico y tratamiento temprano; la vigilancia de las complicaciones, sustitución del déficit, y la estimulación glandular, son muy importantes. El manejo estomatológico y seguimiento clínico de pacientes con este síndrome, tiene tres fases: 1) inicial, paliativa y preventiva, 2) restauradora y rehabilitadora, y 3) mantenimiento.¹¹

Fase inicial, paliativa y preventiva

Tratamiento inicial: explicar, advertir y tranquilizar al paciente sobre las repercusiones bucales de su enfermedad sistémica. Controlar la dieta mediante la reducción de carbohidratos, y disminuir las horas de ingesta, a un máximo de 4 veces al día.¹¹ Para ello es necesario conocer la ingesta total de alimentos, y aconsejar al paciente que anote los alimentos y las bebidas que ingiere durante una semana para poder realizar las modificaciones necesarias.¹⁰

Tratamiento paliativo: se trata de estimular el flujo salival con abundante ingesta de agua, como mínimo 2 litros repartidos de 8 a 10 vasos diarios. También se pueden indicar sustitutos de saliva, pero sus beneficios son limitados y de breve duración, aunque pueden ayudar a los pacientes con úlceras orales o erosiones.¹¹

La estimulación del flujo salival puede realizarse a través de la estimulación de la función masticatoria de forma mecánica, e indicar al paciente el consumo de alimentos que requieran una masticación vigorosa como la zanahoria; mantener en la boca semillas de aceituna o cereza; y el uso de materiales que requieran ser una masticación constante como: parafina, caramelos o gomas de mascar.²³ En el caso de las gomas de mascar y caramelos, deben de ser sin azúcar.²⁷

La revisión del tratamiento farmacológico es muy importante para evaluar la supresión, sustitución o reducción de las dosis de los medicamentos y, conocer si nuestro paciente con SS está consumiendo algún medicamento xerogénico.²³

Estimulación por medicamentos: como sustancias extrínsecas estimuladoras de la secreción salival (sialogogos),²⁸ los cuales deben ser administrados por un especialista, luego del examen médico. Entre los fármacos parasimpaticomiméticos más usados se encuentran: la pilocarpina, el betanecol, el carbacol y la cevimelina.^{8,23}

Los sustitutos salivales con mayor referencia literaria son, los que contienen mucina natural extraída del ganado porcino o bovino y, los que se preparan en una base de carboximetilcelulosa. Las que contienen mucinas son las más aceptadas por los pacientes, debido a que su viscosidad se asemeja más a la saliva natural.²³ Los sustitutos de la saliva deben tener acción lubricante y de humedecimiento de la boca. Su uso debe ser antes, durante y después de los alimentos. Unos de los sustitutos más utilizados son el agua y la leche, pero solo reportan un alivio pasajero.²³

El antifúngico de elección para la candidiasis, es la nistatina. Sus formas de presentación más utilizadas son la suspensión y los óvulos. La suspensión se usa como enjuague, con una cucharada (10 ml), de 3 a 4 veces al día, durante dos semanas. Los óvulos se formulan, para su disolución, de 3 a 4 veces al día, también por dos semanas.²³ En la queilitis se deben usar los antimicóticos tópicos de nistatina en crema sobre las áreas afectadas, 3 a 4 veces al día.²³

Tratamiento preventivo: manejo antibacteriano con antisépticos como gluconato de clorhexidina al 0,12%; 10 ml de enjuague, diariamente, durante un minuto, por una semana cada mes, sin pastas dentales con monofluorofosfato de sodio, durante el período de una hora. La indicación de enjuagues con solución de bicarbonato de sodio, debe ser después de comer, para mantener el pH; y del enjuague con infusión de manzanilla para estimular la reparación de las mucosas.¹¹

Se recomiendan los enjuagues bucales cada 2 o 4 horas; dos veces al día en el caso de enjuagues bucales con clorhexidina al 0,12%; o la aplicación de clorhexidina al 1% en gel, todas las noches, por 14 días.²³

En pacientes con SS primario la higiene bucal es esencial y, se debe evitar el consumo de agentes irritantes como el alcohol y el tabaco.⁸ El cepillado debe realizarse luego de los enjuagues. El cepillo debe ser de cerdas suaves, y se indica cepillarse de 3 a 4 veces al día.²³

Fase restauradora y rehabilitadora

Luego de diagnosticada la enfermedad y activada la fase inicial, paliativa y preventiva; y antes de pasar a la fase restauradora y rehabilitadora; la evaluación del estado oral del paciente y, de los factores de riesgo que favorecen la aparición de nuevas caries para determinar la terapéutica a realizar, son determinantes.

Para el enfermo con SS, es obligatorio implicarse en su propio cuidado bucal, mediante una correcta higiene oral, el control de la dieta hipocariogénica y las visitas que su dentista considere oportunas.²⁷

La odontología mínimamente invasiva, considera los materiales de nuevo desarrollo para colocar restauraciones más pequeñas y conservadoras que; preservan la estructura del diente, reparan las restauraciones existentes con materiales que liberan fluoruro,⁶ y restauran caries cervicales recientes con amalgamas. Si está comprometida la estética, se debe utilizar resina o vidrio ionómero y, evaluar su integridad en controles sistemáticos cada tres meses. Si las restauraciones cervicales fracasan constantemente, se debe evaluar la posibilidad de acceder al tratamiento con prótesis fijas unitarias;¹⁷ y rehabilitar con prótesis fijas, las piezas dentarias con caries cervicales extensas; en aquellas en que las restauraciones cervicales han fracasado 2 o más veces en un período de 2 años. Todo esto con extremo cuidado en el control de la flora bacteriana cariogénica, y de los enjuagatorios con soluciones antisépticas, una semana, por mes, o permanentemente.¹¹

El manejo periodontal de los pacientes con SS en su primera fase, comienza con la enseñanza de métodos de higiene.³⁰ Posteriormente, se realiza la eliminación de todos los irritantes locales. Si existen restos radiculares, caries o restauraciones defectuosas, deben ser tratados durante esta fase. Luego se debe pasar a una fase quirúrgica periodontal, si el caso lo amerita.¹⁸

Las prótesis sobre implantes dentales ofrecen una alternativa de tratamiento para los pacientes con SS, debido a que no son susceptibles a caries.¹¹ Existen pocos estudios a largo plazo, sobre el tratamiento con implantes oseointegrados y la susceptibilidad a la periimplantitis, de estos pacientes; por lo cual es necesario seguir varias pautas antes de su colocación.

La causa de la xerostomía necesita ser diagnosticada y tratada. Cualquier infección bucal como la periodontitis, caries o candidiasis, deben ser tratadas antes de la colocación de los implantes, y controladas después de su colocación.¹¹

Se recomienda la rehabilitación de espacios edéntulos con prótesis fija sobre implantes, en vez de prótesis removibles; rehabilitar con prótesis parciales removibles dentosoportadas, sólo en caso

estrictamente necesario, y en caso de desdentamiento total, prótesis implantosoportadas en vez de prótesis totales mucosoportadas; ya que estas últimas producen alteraciones en las mucosas y, aumentan el riesgo de sobreinfección por *Candida*.¹¹

En los pacientes edéntulos, la limpieza de las prótesis se realiza suavemente usando un algodón impregnado con clorhexidina al 0,04%. Las prótesis se deben cepillar con un cepillo adecuado, el cual, de 3 a 4 veces a la semana, debe sumergirse en clorhexidina al 2% o hipoclorito de sodio al 1%, para evitar la formación de placa y la adherencia de microorganismos. Durante la noche, debe dejarse las prótesis sumergidas en una solución bicarbonatada que se prepara con una cucharadita (2,5 ml) de bicarbonato de sodio en medio vaso de agua (150 ml).²³

Fase de mantenimiento

Realizar el control clínico, aplicación de barniz de flúor, control de la dieta, higiene bucal, estado periodontal, estado de restauraciones, prótesis y, control del estado de cámaras y conductos pulpaes por análisis radiográfico, cada 3 meses.¹¹

Durante el primer año las consultas no deben espaciarse por más de 3 meses. De este modo, se valora la respuesta al tratamiento y el riesgo de aparición de nuevas caries. Si el paciente no presenta caries durante el primer año, las citas podrían espaciarse cada 6 meses.¹⁷

El reumatólogo deberá derivar al odontólogo, los pacientes con SS primario, para que este realice una evaluación bucal completa, con las pruebas complementarias que sean necesarias.¹⁷

Cuando un paciente con xerostomía acude a la consulta dental el estomatólogo, deberá prestar especial atención a los signos de boca seca previamente descritos, y descartar otras entidades. Si el paciente presenta xerostomía, y no tiene otras enfermedades relacionadas con dicha entidad, se debe valorar la realización de una biopsia de glándulas salivales menores, y derivar al paciente al reumatólogo para que este complete el estudio.²⁹

Es importante que; el estomatólogo sepa diagnosticar correctamente los signos orales del paciente con SS; conozca las medidas dietéticas e higiénicas para tratar correctamente la xerostomía del paciente; y lo enseñe a estimular la producción de saliva para combatir las caries e infecciones orales. Para ello es imprescindible una buena relación entre el reumatólogo y el estomatólogo.

Por el gran espectro de manifestaciones clínicas tanto glandulares como extraglandulares, el manejo del SS involucra una gran variedad de especialidades médicas y estomatológicas que, incluyen dermatólogos, ginecólogos, oftalmólogos, inmunólogos y odontólogos³⁰. Por tanto, el enfoque de su manejo debe ser multidisciplinario.

CONCLUSIONES

El diagnóstico del síndrome de *Sjögren* es muy importante. Entre los principales signos se encuentran: ardor y dolor de origen mucoso, dificultad para la fonación, formación del bolo alimenticio, la masticación y la deglución, disgeusia, halitosis y sensación de boca seca. Los signos orales se caracterizan por sequedad de las mucosas e incremento de la enfermedad periodontal y caries dental. Estos pacientes requieren de un manejo estomatológico especial que consta de tres fases: 1) inicial, paliativa y preventiva, 2) restauradora y rehabilitadora, y 3) mantenimiento. Es imprescindible, además, una buena relación entre el reumatólogo y el estomatólogo, pues de esta depende un tratamiento acertado para estos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goules A, Tzioufas A, Moutsopoulos H. Classification criteria of Sjögren's syndrome. *J Autoimmun.* 2014[citado 5 abr 2017]; 48-49: 42-45. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S089684111400016X?via%3Dihub>
2. Mavragani C, Moutsopoulos H. Sjögren síndrome. *CMAJ.* 2014 [citado 5 abr 2017]; 186(15): 579-586. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4203623/>
3. Mendoza Pérez F, Fresán Orozco MC, Pérez-Ramos J, Salgado Aguayo A, Gómez Arroyo FE, Navarro González MC. Células B como blanco de terapias en síndrome de Sjögren. *Rev mexicana Cienc Farm.* 2014 [citado 5 abr 2017]; 45(4): 1-12. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-01952014000400002&lng=es
4. 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 Med Electrón.* 2016 [citado 5 feb 2017]; 38(6): 877-886. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000600009&lng=es

5. de Magalhães Souza Fialho SC, Bergamaschi S, Souza Neves F, Fontes Zimmermann A, Werner de Castro GR, Alves Pereira I. Micofenolato mofetil na síndrome de Sjögren primária: uma opção para o tratamento da agranulocitose. *Rev Brasileira Reumatol.* 2012 [citado 2 feb 2017]; 52(2): 297-299. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042012000200013&lng=en

6. Fernández Castro M. Síndrome de Sjögren. *Medicine.* 2013 [citado 10 may 2017]; 11(30):1865-73. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541213705407>

7. Chaar Reis TR, Lima Nogueira BM, Lantigua Domínguez MC, Fernandes de Menezes AS, Rodrigues da Silva e Souza PA, Alencar Menezes TO. Manifestaciones Orales en Pacientes Reumatológicos: Una Revisión de los Conocimientos. *Int J Odontostomat.* 2015 [citado 20 abr 2017]; 9(3):413-418. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2015000300010

8. Monteserín Matesanz M, García Chías B, Jiménez Vidal N, Cerero Lapiedra R, Esparza Gómez GC. Síndrome de Sjögren. Revisión e implicaciones en el ámbito de la salud oral. *Cient Dent.* 2014 [citado 19 ene 2017]; 11(1):49-54. Disponible en: http://www.coem.org.es/sites/default/files/publicaciones/CIENTIFICA_DENTAL/vol11num1/sjogren.pdf

9. Thoppay JR, de Rossi SS, Ciarrocca KN. Burning mouth syndrome. *Dent Clin North Am.* 2013 [citado 19 ene 2017]; 57(3):497-512. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0011853213000359?via%3Dihub>

10. González S, Sung H, Sepúlveda D, González M, Molina C. Oral manifestations and their treatment in Sjögren's syndrome. *Oral Dis.* 2014 [citado 19 ene 2017]; 20(2):153-161. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/odi.12105/abstract;jsession>

11. Sturla Rojas G, Romo Ormazábal F, Torres-Quintana MA. Manejo clínico odontológico integral del paciente con síndrome de Sjögren: una propuesta. *Rev Av Odontoestomatol.* 2014 [citado 5 abr 2017]; 30(4):205-217. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000400004&lng=es

12. Ladino M, Gasitulli A, Campos X. Síndrome de Sjögren. Caso clínico. Rev Chilena Pediatr. 2015 [citado 5 abr 2017]; 86(1):47-51. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000100009&lng=es
13. Gomes Ríos BE, Saldarriaga Rivera LM, de Almeida Tupinambá H, Leitão de Azevedo MN. Síndrome de Sjögren juvenil primario: Estudio de cohorte. Rev Cubana Reumatol. 2015 [citado 5 abr 2017]; 17(1): 40-47. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962015000100007&lng=es
14. Pinheiro Bezerra T, Cavalcante Pita Neto I, de Oliveira e Silva Dias E, Amorim Gomes AC. Síndrome de Sjögren Secundária: revista de literatura e relato de caso clínico. Arq Odontol. 2010 [citado 19 ene 2017]; 46(4). Disponible en: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-09392010000400008&script=sci_arttext&lng=pt
15. Tatiyama Miyamoto S, Aquino Paganottic M, Vieira Serrano E, Altoé Giovelli R, Valim V. Avaliação da fadiga e da secura na síndrome de Sjögren primária: versão brasileira do "Profile of Fatigue and Discomfort – Sicca Symptoms Inventory (short form) (Profad-SSI-SF)". Rev Brasileira Reum. 2015 [citado 19 ene 2017]; 55(2):113-122. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0482500414002265>
16. 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. 2014 [citado 19 ene 2017]; 18(3). Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2014/v18-3/14.html>
17. López Pintor RM, Fernández Castro M, Hernández G. Afectación oral en el paciente con síndrome de Sjögren primario. Manejo multidisciplinar entre odontólogos y reumatólogos. Reumatol Clin. 2015 [citado 12 mar 2017]; 11(6):387-394. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1699258X15000571?via%3Dihub>
18. Rivera H, Valero L, Escalona L, Roja-Sánchez F, Ríos MP. Manejo multidisciplinario del paciente diagnosticado con el Síndrome de Sjögren. Acta Odontológ Venezolana. 2009 [citado 19 ene 2017]; 47(3):1-23 Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aov/article/view/398/362
19. Usarbarrena Ekiza M. Valoración médico-laboral del trabajador con Síndrome de Sjögren. Med Segur Trab. 2014 [citado 7 jun 2017]; 60(234): 108-132. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2014000100010&lng=pt

20. Napeñas JJ, Rouleau TS. Oral complications of Sjögren's syndrome. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2014 [citado 19 ene 2017]; 26(1):55–62. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1042369913001131>
21. Turner MD. Salivary gland disease in Sjögren's syndrome: Sialoadenitis to lymphoma. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2014 [citado 7 jun 2017]; 26(1):75–81. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1042369913001155?via%3Dihub>
22. Navazesh M, Kumar KS. Measuring salivary flow: Challenges and opportunities. *J Am Dent Assoc.* 2008 [citado 7 jun 2017]; 139 (Supl 2):35-40. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002817714638800>
23. Medina Gutti KW. Prevalencia de síndrome de Sjögren en pacientes diagnosticados mediante biopsias de glándulas salivales menores en el servicio de estomatología quirúrgica del hospital nacional Arzobispo Loayza en el período 2008 al 2012 [Tesis]. [Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012. 113p. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1130/1/Medina_gk.pdf
24. Vitali C, Bombardieri S, Jonsson R, Moutsopoulos HM, Alexander EL, Carsons SE, *et al.* Classification criteria for Sjögren's syndrome: a revised version of the European criteria proposed by the American-European Consensus Group. *Ann Rheum Dis.* 2002 [citado 12 mar 2017]; 61(6):554-558. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1754137>
25. 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 Odont Mexicana.* 2014 [citado 20 abr 2017]; 18(4). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-odontologica-mexicana-90-articulo-correlacion-escala-tarplay-el-diagnostico-S1870199X1470309X>
26. Valim V, Fernández Moça Trevisani V, Gofinet Pasoto S, Vieira Serrano E, Euzébio Ribeiro SL, Sales de Alencar Fidelix T, *et al.* Recomendações para o tratamento da síndrome de Sjögren. *Rev Brasileira Reumatol.* 2015 [citado 5 abr 2017]; 55(5):446-457. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042015000500446&lng=en
27. Carr AJ, Ng WF, Figueiredo F, Macleod RI, Greenwood M, Staines K. Sjögren's Syndrome: An update for dental practitioners. *Br Dent J.* 2012 [citado 5 abr 2017]; 213(7):353–357. Disponible en: <https://www.nature.com/bdj/journal/v213/n7/abs/sj.bdj.2012.890.html>

28. Plaza Useche ML, Soto Chávez AA, Ramírez Aguilar MA, Ruiz Gutiérrez AC, Uehara N, Huerta Carrillo A. Tratamiento interdisciplinario en un paciente con síndrome de Sjögren. Reporte de caso. Rev Mexicana Periodontol. 2013 [citado 14 abr 2017]; 4(1): 24-30. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2013/mp131e.pdf>

29. Bagán JV. Medicina Bucal. 2ªed. Valencia, España: Medicina Oral; 2010.

30. Pinheiro JB, Tirapelli C, Silva CHLD, Komesu MC, Petean FC, Louzada Junior P, *et al*. Oral Nodular Lesions in Patients with Sjögren's Syndrome: Unusual Oral Implications of a Systemic Disorder. Braz Dent J. 2017[citado 23 nov 2017]; 28(3):405-412. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-64402017000300405&lng=es

Recibido: 10 de julio de 2017

Aprobado: 24 de noviembre de 2018

MSc. *Olga Lilia Zaldivar Pupo*. Clínica Estomatológica Artemio Mastrapa. Holguín. Cuba.

Correo electrónico: olidiahlg@infomed.sld.cu