

EDITORIAL

¡Alerta! Síndrome de Sjögren; puede pasar inadvertido

Warning! Sjögren syndrome; it can be unnoticed

El Síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune caracterizada por un infiltrado de células linfomonocitarias y atrofia acinar de las glándulas exocrinas, que producen una disminución o ausencia de las secreciones glandulares y sequedad de piel y mucosas. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: xeroftalmía, xerostomía y el aumento de las glándulas parótidas.

Esta enfermedad tiene una prevalencia entre un 2 y 5 % en la población general, afectando con preferencia a las mujeres entre la cuarta y sexta décadas de la vida. Tiene un curso variable con períodos de exacerbación y remisión de los síntomas, que incluyen estados subclínicos apenas perceptibles por el enfermo. El conocimiento de la amplia gama de signos y síntomas que pueden presentar estos enfermos en cualquier aparato o sistema, facilitaría un diagnóstico más temprano, o un índice de sospecha alto que repercutiría de manera favorable en la morbilidad de estos pacientes, evitando complicaciones, en ocasiones irreversibles, o estadios severamente avanzados por falta de un manejo médico adecuado y oportuno.

En el momento actual, se ha observado un aumento en el número de casos de Síndrome de Sjögren, que acuden a consulta luego de cierto tiempo con molestias articulares, visuales y digestiva que favorecen la evolución tórpida de la enfermedad y una mala calidad de vida.

Se clasifica como Síndrome de Sjögren primario (SSp), al caracterizado por la xeroftalmia, la xerostomía y otros rasgos clínicos y biológicos de la afección y Síndrome de Sjögren secundario (SSs), al que tiene la xeroftalmía o la xerostomía, generalmente menos intensa que en el SSp, asociada a una enfermedad o situación autoinmune bien identificada.

La principal manifestación ocular es la sequedad del ojo o xeroftalmía. Las manifestaciones clínicas incluyen fotofobia, sensación de arena en los ojos, prurito, quemazón e inclusive dolor al parpadeo en la exploración se corrobora hiperemia conjuntival y disminución de la agudeza visual y queratosis. El curso crónico de la enfermedad puede dar lugar a episcleritis o escleritis y escleromalacia, que en los casos más graves puede llegar a perforarse.

Para evaluar el ojo seco se utilizan diferentes pruebas diagnósticas; las de mayor sensibilidad han resultado ser el test de Schirmer y la tinción con Rosa de Bengala. El elemento oral característico del Síndrome de Sjögren es la xerostomía o sequedad de la mucosa bucal, producida por la disminución de la secreción de las glándulas salivales, la sintomatología es la siguiente: sensación de sed, dificultad

con la masticación y la deglución, para lo cual el paciente tiene necesidad de ingerir líquidos constantemente. A estos elementos se les puede asociar cambios en el tono de la voz, disminución de la agudeza del gusto, lengua seca, hiperémica y dolorosa, halitosis, gingivitis, periodontitis y caries dentales.

Puede existir hipertrofia de las glándulas parótidas, lo cual generalmente es unilateral e intermitente, aunque puede ser bilateral hasta en el 10 % de los casos, dando la característica "*Fascie* de ardilla". En la palpación, la consistencia de las glándulas suele estar aumentada, pero no resultan fluctuantes ni hipersensibles. Para determinar si existen alteraciones del funcionamiento de las glándulas salivales se pueden indicar un grupo de exámenes, con una mayor o menor sensibilidad para el diagnóstico; estos son:

- Sialografía.
- Ultrasonido de las glándulas parótidas.
- Gammagrafía parotídea.
- Resonancia magnética parotídea.
- Biopsia labial de glándulas salivales menores.

Otras manifestaciones clínicas son las 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.

Fotosensibilización y la xerodermia, en ocasiones las capas superficiales de la piel pueden descamarse y presentarse de forma similar a una lesión de psoriasis, sequedad y atrofia de la vagina, condicionando prurito y dispareunia. Es frecuente encontrar púrpuras en el Síndrome de Sjögren.

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

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

Algunos factores como el cigarro, bebidas alcohólicas, comidas secas y medicamentos anticolinérgicos deben evitarse. Resulta importante la higiene bucal, ingerir líquidos abundantes y sustitutos de la saliva; de igual forma el uso de gafas para evitar la irritación ocular debido al aire, el polvo y la luz, el empleo de humidificadores nocturnos y el uso de lágrimas artificiales son elementales para contrarrestar la xeroftalmia.

Los AINES pueden mejorar el cuadro inflamatorio articular. El uso de la cloroquina ha sido útil en el tratamiento de las manifestaciones articulares, no así en las manifestaciones de resequedad oral y ocular. Los esteroides, el metotrexate, ciclofosfamida y la ciclosporina por vía oral o parenteral, se reservan para complicaciones viscerales.

Los avances actuales en medios diagnósticos y terapéuticos para el SS hacen posible su control desde fases muy tempranas, teniendo un pronóstico mucho más favorable que el que se planteaba años atrás.

Para concluir queremos señalar, que el Síndrome de Sjögren resulta una entidad multifactorial con una gran expresividad desde el punto de vista clínico, que nos hace sospecharla ante aquellos pacientes que presentan resequeidad ocular y oral, con manifestaciones inflamatorias articulares.

Dr. José Antonio Rodríguez González

jantonio.mtz@infomed.sld.cu

Especialista en Medicina General Integral.

Especialista en Reumatología.

MsC. Procederes Diagnósticos.

Profesor Instructor.

DeCS

SÍNDROME DE SJÖGREN/etiología
SÍNDROME DE SJÖGREN/diagnóstico
SÍNDROME DE SJÖGREN/epidemiología
SÍNDROME DE SJÖGREN/quimioterapia
HUMANOS
FEMENINO
MEDIANA EDAD
EDITORIAL

MeSH

SJOGREN'S SYNDROME/etiology
SJOGREN'S SYNDROME/diagnosis
SJOGREN'S SYNDROME/epidemiology
SJOGREN'S SYNDROME/drug therapy
HUMANS
FEMALE
MIDDLE AGED
EDITORIAL

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Rodríguez González JA. ¡Alerta! Síndrome de Sjögren; puede pasar inadvertido. [Seriado en línea] 2010;32(6). Disponible en URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202010/vol6%202010/editorial.htm>. [consulta: fecha de acceso]