

Síndrome de Sjögren y endodoncia, consideraciones a propósito de un caso

Sjögren's syndrome and endodontics, clinical case and considerations

Felipe Novoa Orellana¹ , Michela Migliaro Romagnoli¹ , Yasna Moreno Yáñez^{1*} 

Resumen: El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune que afecta a las glándulas salivales y lagrimales. Se expone el caso clínico de una paciente de 67 años de género femenino que consulta por dolor en múltiples dientes; relata sensación de boca seca (xerostomía) y sequedad ocular (xeroftalmia). Al examen intraoral, se observan múltiples caries en superficies atípicas, mucosas secas, saliva espumosa y notoria depapilación lingual. Se sospecha de SS, derivando a medicina interna y confirmándose el diagnóstico. En paralelo, se inicia el tratamiento odontológico, realizando adaptaciones en los procedimientos para aliviar la sintomatología del SS, especialmente durante tratamientos endodónticos.

Palabras Clave: enfermedades autoinmunes; síndrome de Sjögren; odontología; endodoncia; tratamiento de canales radiculares; consideraciones clínicas

Abstract: Sjögren's syndrome (SS) is an autoimmune disease that affects the salivary and lacrimal glands. The clinical case of a 67-year-old female patient who consulted for pain in multiple teeth is exposed. Additionally, she reports a sensation of dry mouth (xerostomia) and dry eyes (xerophthalmia). During the intraoral examination, the following findings are noticed: multiple cavities on atypical surfaces, dry mucous membranes, foamy saliva, and atrophic glossitis. SS is suspected, referring to internal medicine and confirming the diagnosis. In parallel, dental treatment is initiated, making adaptations in the procedures to alleviate the symptoms of SS, especially during endodontic treatments.

Keywords: autoimmune diseases; Sjogren's syndrome; dentistry; endodontics; root canal treatment, clinical considerations

Fecha de envío: 2022-10-11 - Fecha de aceptación: 2023-09-07

Introducción

El síndrome de Sjögren (SS), es una enfermedad de carácter autoinmune que afecta a las glándulas salivales y lagrimales, causada por una infiltración linfocitaria que destruye los acinos glandulares. Sus síntomas principales son: hiposalivación acompañada de sensación de sequedad oral (xerostomía) y sequedad ocular (xeroftalmia). Su etiología aún es desconocida, pero se sabe que ocurre un proceso autoinmune mediado por células y anticuerpos; además, factores ambientales y genéticos pueden influir en su patogénesis. Se estima una prevalencia mundial del 0,5-3%, siendo el género femenino 9 veces más afectado que el masculino. El diagnóstico se realiza frecuentemente alrededor de los 50 años mediante un examen clínico complementado con exámenes de laboratorio. Estos últimos detectan la presencia de factor reumatoideo y/o autoanticuerpos, como los anti-SSA, anti-Ro, anti-RNP/Sm, anti-Sm, anti-La, anti

Scl-70, Anti-Jo-1, factor reumatoideo, entre otros. El diagnóstico se confirma al presentar un puntaje mayor a 5 en la escala del American College of Rheumatology. El SS primario corresponde a aquel que se presenta en solitario, mientras que el secundario está acompañado de otras enfermedades autoinmunes. (Shiboski *et al.*, 2017; Chen *et al.*, 2018; Jonsson *et al.*, 2018; Saccucci *et al.*, 2018; Vivino *et al.*, 2019; Mavragani & Moutsopoulos, 2020)

Este caso clínico corresponde a un ejemplo tipo del paciente portador de SS primario con quién nos podemos encontrar en nuestra práctica odontológica. El objetivo es entregar información relevante sobre signos y síntomas característicos de este síndrome, además de ofrecer recomendaciones para poder realizar tratamientos endodónticos y rehabilitadores tomando en cuenta ciertas consideraciones que implica esta enfermedad.

(1) Escuela de Odontología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile Santiago, Chile.
*Autora de correspondencia: ymorenoy@uc.cl.



Caso clínico

A continuación se presenta el caso clínico de una paciente de 63 años de género femenino, sin diagnóstico de enfermedades sistémicas ni consumo de medicamentos, quien consulta en julio del año 2021 en la clínica odontológica docente de la Escuela de Odontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, por dolor en múltiples dientes y necesidad de mejorar su salud oral. Relata xerostomía, xeroftalmia y uso de lágrimas artificiales. Dentro de sus antecedentes quirúrgicos reporta una colecistectomía

laparoscópica y varias extracciones dentales, sin complicaciones. No presenta antecedentes familiares relevantes, lleva una dieta balanceada y relata evitar alimentos irritantes y pegajosos por molestia y sequedad en su mucosa bucal.

Al examen intraoral, llama la atención la presencia de múltiples caries en diversas superficies dentales atípicas, radiculares e incisales, mucosas extremadamente secas, saliva espumosa y notoria depapilación lingual. Se sospecha de SS, derivando a la paciente con medicina interna y confirmándose el diagnóstico. (Figura 1)



Figura 1: fotografías intraorales de arcadas por separado y en oclusión.

En paralelo, se inicia el tratamiento odontológico por fases, comenzando por la fase de urgencia se realiza la exodoncia del diente 4.1 con diagnóstico de absceso apical crónico y mal pronóstico rehabilitador; siguiendo con la fase etiológica, en la cual se realizan las terapias endodónticas de los dientes 2.3 y 3.3 (según nomenclatura FDI), ambos con pulpitis irreversible asintomática. Se consideran aspectos como protección ocular con antiparras, precauciones durante el aislamiento absoluto como la irrigación oral constante, retiro cuidadoso del dique de goma y arco, y realizándose cuidado y humectación de las comisuras labiales. Además, los accesos cavitarios se realizan por incisal (ubicación de la caries), preservando

el máximo de remanente dentario y realizando las restauraciones definitivas con materiales y técnicas individualizadas, según acceso y profundidad. Se continúa con inactivación de múltiples caries cavidades atípicas y terapia periodontal básica.

Transversalmente se realiza instrucción de higiene oral, consejería dietética, educación con respecto a la enfermedad y recomendaciones para estimular el flujo salival, como el uso de sustitutos salivales, destacando la hidratación constante de la cavidad oral durante todo el tratamiento. Actualmente la paciente se encuentra en control y continuando su tratamiento odontológico integral. (Tabla 1)(Figura 2)(Figura 3)

Tabla 1: diagnóstico, pronóstico y tratamiento en dientes tratados endodónticamente.

	Diagnóstico	Pre-tto	Tratamiento	Post-tto	Consideraciones
2.3	Pulpitis irreversible asintomática	Bueno	Biopulpectomía Restauraciones RC	Bueno	Aislamiento absoluto Acceso incisal
4.1	Absceso apical crónico	Malo	Exodoncia Provisorio	Bueno	Integridad coronaria disminuida por acceso urgencia y caries radicular
3.3	Pulpitis irreversible asintomática	Bueno	Biopulpectomía Restauraciones RC	Bueno	Aislamiento absoluto Acceso incisal. Obturación con RC+Paracore

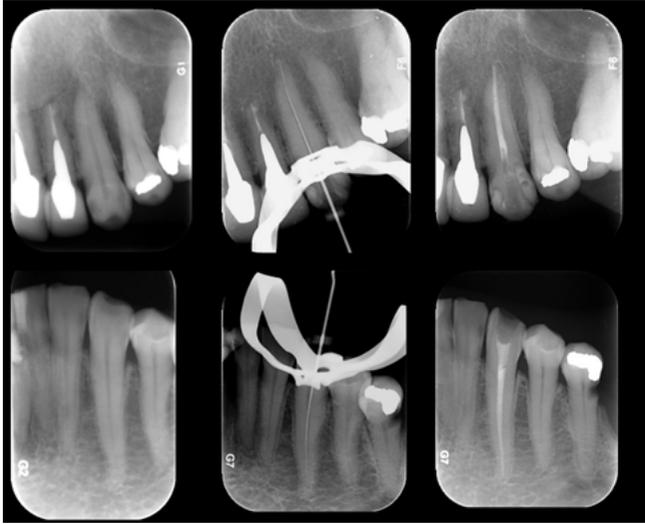


Figura 2: radiografías tratamientos de endodoncia dientes 2.3 (superior) y 3.3 (inferior), la secuencia corresponde en orden de izquierda a derecha; radiografía previa, conductometría y control de obturación,

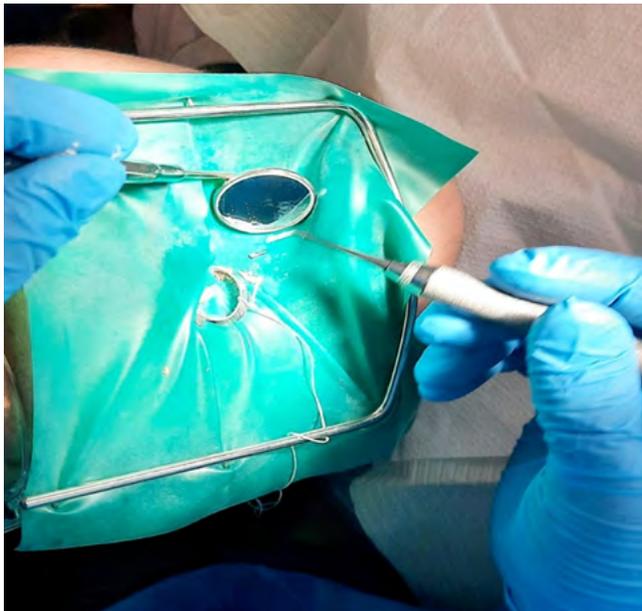


Figura 3: aislamiento absoluto con goma dique. Imagen referencial.

Discusión

Este reporte muestra las consideraciones en pacientes portadores de SS que requieran tratamiento odontológico, especialmente endodóntico. Además se entrega información con respecto a la evaluación clínica de la patología, sus signos y síntomas sugerentes, los diagnósticos diferenciales más probables respecto a las patologías pulpares, y las modificaciones para realizar un tratamiento endodóntico en las mejores condiciones, tanto para el clínico como para la comodidad del paciente.

De forma inicial, la literatura coincide en que los profesionales deben estar alerta ante los síntomas reportados por los pacientes, en especial ante xerostomía y xeroftalmia, y relacionarlos con los hallazgos pesquisados en el examen intraoral como lesiones atípicas y sequedad evidente de los tejidos. Ante esta sospecha debe realizarse la derivación oportuna a medicina para que se pueda confirmar e iniciar el tratamiento médico a la brevedad. (Sturla Rojas *et al.*, 2014)

La saliva cumple un rol importante en el proceso dinámico y continuo de desmineralización-rem mineralización del esmalte de los dientes, inclinando este proceso hacia la remineralización. Esto ocurre gracias a las proteínas salivales como la estaterina y proteínas altas en prolina, quienes mantienen sobresa turadas las concentraciones de fósforo y de calcio a nivel oral, estimulando la remineralización de los tejidos dentarios. Junto con esto, la saliva tiene una capacidad buffer que permite mantener el medio oral con un pH neutro, por lo que en casos de deficiencia salival este pH se vuelve ácido, debilitando así los tejidos, y en conjunto a una higiene deficiente y una dieta rica en carbohidratos, se confabulan, propiciando el desarrollo de la enfermedad de caries. Por otro lado, la deficiencia de proteínas IgA en la saliva con lleva a la debilitación de su sistema inmune y antibacteriano contra las caries. (Sturla Rojas *et al.*, 2014)

El manejo de la salud oral de los pacientes con síndrome de Sjögren debe ser eficaz. A lo largo de todo el tratamiento, es fundamental realizar una correcta instrucción de higiene oral, enseñar el uso de seda o hilo dental, proporcionar recomendaciones para estimular la producción de saliva, preservar los rebordes alveolares y las mucosas humectadas y enfatizar en la importancia de mantener controles odontológicos periódicos. En pacientes de alto y extremo riesgo se sugieren controles clínicos cada 3 meses para controlar los factores de riesgo, la dieta, higiene y salud oral; y controles radiográficos cada 6 meses. (Rivera *et al.*, 2009)

Por otro lado, los pacientes de riesgo extremo, según el Caries management by risk assessment (Young & Featherstone, 2013), categoría en la cual se clasifica de inmediato un paciente con síndrome de Sjögren no controlado, se deben recomendar e indicar el uso de distintos coadyuvantes para mantener una buena higiene y salud oral. Dentro de estas encontramos la indicación de cepillado de dientes después de cada comida con dentífrico fluorado de 1500 ppm, indicación de colutorio diario de solución fluorada de NaF antes de acostarse y/o colutorio de clorhexidina al 0,12% por máximo 15 días, según sean los requerimientos del paciente. En este caso se indicó realizar cepillado después de cada comida, y debido a las múltiples caries atípicas presentadas se indicó el uso

de una pasta dental de alto contenido de flúor de 5000 ppm, no considerándose colutorios porque la paciente relata sensibilidad en las mucosas ante líquidos irritantes. (Sturla Rojas *et al.*, 2014)

Junto con esto, la prevención de caries en pacientes con síndrome de Sjögren es esencial y se realiza de forma dual, manteniendo y protegiendo la resistencia del esmalte dental y disminuyendo el biofilm patogénico y los alimentos cariogénicos de la dieta. Para reforzar el esmalte se utilizan terapias remineralizadores de flúor, aplicando flúor tópico de 22.600 ppm en boca completa en intervalos seriados según el riesgo de caries, sellantes de fosas y fisuras, vidrios ionómeros, resinas y otros materiales fluorados. Dado lo anterior se realizaron las inactivaciones de lesiones cervicales e incisales en dientes con patología pulpar reversible. (Rivera *et al.*, 2009)

Respecto a las consideraciones endodónticas, es importante destacar la necesidad de un acucioso diagnóstico y utilización de los test de sensibilidad pulpar. En este caso se realizaron 9 evaluaciones endodónticas sobre un total de 24 dientes, de los cuales 4 resultaron con indicación de terapia endodóntica. En este caso se presentaron otros síntomas que pueden generar confusión, como el dolor por empaquetamiento alimenticio y la sensibilidad dentaria generalizada. Por ello se recalca la importancia de una evaluación exhaustiva y la utilización de tests de sensibilidad para lograr un correcto diagnóstico y pesquisar diagnósticos diferenciales.

Antes de iniciar el tratamiento es necesario considerar la comodidad del paciente; mantener una irrigación constante de agua en la boca cuando se utiliza aislamiento absoluto y lubricar las comisuras labiales con algún material oleoso, como vaselina sólida, para evitar lesiones.

Para poder realizar el tratamiento de forma adecuada, se debe seguir el principio de mantener el máximo sustrato dentario, considerando que son dientes con múltiples lesiones de caries que llevan a una pérdida previa de integridad, lo que ya compromete su pronóstico rehabilitador, por lo que es necesario adaptar los accesos endodónticos, utilizando las mismas cavidades en lo posible. Además, se deben respetar los principios de todo acceso endodóntico: acceso en línea recta, visibilidad y vaciamiento cameral. En consideración a la preparación químico mecánica y obturación del sistema de canales radiculares, estos se realizaron de forma habitual.

Finalmente, luego del alta de los tratamientos endodónticos, se evaluaron alternativas de materiales de restauración definitiva para elegir el más adecuado en la adhesión a los sustratos dentarios de este caso. En pacientes con síndrome de Sjogren las restauraciones pueden conllevar fracasos o una peor sobrevida en boca. En estos casos, la literatura indica que las resinas compuestas de alta

densidad tienen una excelente resistencia a la erosión y alta durabilidad en pacientes con xerostomía que utilizan aplicaciones tópicas de fluoruro. (Rivera *et al.*, 2009) Sin embargo, las resinas compuestas tienen como desventaja la contracción por polimerización, la cual en estructuras de esmalte y dentina debilitadas tras el predominante proceso de desmineralización por la deficiencia de saliva, puede generar micro fracturas, un eventual desalajo de la restauración y la generación de caries secundarias.

Respecto a los vidrios ionómeros, su adhesión se ve afectada por la falta de saliva ya que falla su integridad marginal producto de la deshidratación, derivando en su desintegración o desalajo. Por ello se prefiere la utilización de resinas compuestas, con las consideraciones antes mencionadas, ya que la deficiencia tanto en calidad como en cantidad de saliva puede conllevar a fallas en la adhesión de cementos y materiales de obturación. (Rivera *et al.*, 2009; Sturla Rojas *et al.*, 2014)

Conclusión

A modo de cierre, el odontólogo debe ser capaz de unir una buena anamnesis y un examen clínico exhaustivo, reconociendo signos y síntomas propios del SS, derivando oportunamente a medicina, realizando un manejo multidisciplinario y resaltando la importancia de la comunicación y controles entre ambas disciplinas. Todo esto con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente, ya que esta patología solo tiene tratamiento sintomático o paliativo.

Junto con esto, el odontólogo tratante debe realizar educación y prevención con respecto a los efectos de la enfermedad a nivel oral, entregar recomendaciones para disminuir los síntomas asociados y planificar tratamientos conservadores para las enfermedades de la cavidad oral presentes, buscando preservar la mayor cantidad de remanente dentario sano y rebordes alveolares. El objetivo del tratamiento odontológico es mejorar y potenciar la funcionalidad de la cavidad oral, previniendo lesiones de caries, enfermedades orales y apuntando a lograr y mantener una estética aceptable para el paciente.

La utilidad de este caso radica en que es un ejemplo tipo del paciente con SS, y dado que se nos presentó durante la práctica odontológica, buscamos visibilizar y compartirlo para que los odontólogos estén atentos ante la manifestación de signos y síntomas de este síndrome. Con el fin de realizar un diagnóstico oportuno, realizar las interconsultas pertinentes, entregar las recomendaciones orales y cotidianas para mejorar la calidad de vida de los pacientes, y saber qué consideraciones deben aplicarse al realizar un tratamiento de endodoncia y rehabilitador, especialmente con respecto a la disminución del flujo salival y manejo de factores de riesgo cariogénicos.

Fuentes de financiamiento

No se recibieron aportes financieros para la realización de este trabajo.

Contribuciones y conflictos declarados por los autores

Los autores no reportan conflictos de interés en la realización de este trabajo.

Referencias

Chen X, Wu H, & Wei W. (2018). Advances in the diagnosis and treatment of Sjogren's syndrome. *Clinical Rheumatology* **37**, 1743–1749.

Jonsson R, Brokstad A, Jonsson M, Delaleu N, & Skarstein K. (2018). Current concepts on Sjögren's syndrome – classification criteria and biomarkers. *European Journal of Oral Sciences* **126**, 37–48.

Mavragani C & Moutsopoulos H. (2020). Sjögren's syndrome: Old and new therapeutic targets. *Journal of Autoimmunity* **110**

Rivera H, Valero L, Escalona L, Roja-Sánchez F & Ríos M. (2009). Manejo Multidisciplinario del paciente diagnosticado con el Síndrome de Sjögren. *Acta Odontológica Venezolana*, **47**, 122–130.

Saccucci M, Di Carlo G, Bossù M, Giovarruscio F, Salucci A & Polimeni A. (2018). Autoimmune diseases and their manifestations on oral cavity: Diagnosis and clinical management. *Journal of Immunology Research* **1**, 1-6

Shiboski C, Shiboski S, Seror R, Criswell L, Labetoulle M, Lietman T, Rasmussen A, Scofield H, Vitali C, Bowman S, Mariette X, Heidenreich A, Lanfranchi H, Vollenweider C, Schiødt M, Devauchelle V, Gottenberg J, Saraux A & Pincemin M. (2017). 2016 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Classification Criteria for Primary Sjögren's Syndrome: A Consensus and Data-Driven Methodology Involving Three International Patient Cohorts. *Arthritis and Rheumatology* **69**, 35–45.

Sturla Rojas G, Romo Ormazábal F & Torres-Quintana M. (2014). Manejo clínico odontológico integral del paciente con síndrome de Sjögren: una propuesta. *Avances En Odontoestomatología* **30**, 205–217.

Vivino F, Bunya V, Massaro-Giordano G, Johr C, Giattino S, Schorpion A, Shafer B, Peck A, Sivils K, Rasmussen A, Chiorini J, He J & Ambrus J. (2019). Sjogren's syndrome: An update on disease pathogenesis, clinical manifestations and treatment. *Clinical Immunology* **203**, 81–121.

Young D & Featherstone J. (2013). Caries management by risk assessment. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* **41**, 53–63.