



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**REHABILITACIÓN PROTÉSICA EN PACIENTES CON EL SÍNDROME
DE SJÖGREN: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

Autores:

Br. Guerrero Betania CI: 27.709.351

Br. Montes María CI: 27.193.506

Urb. Yuma 11, calle N°3. Municipio San Diego.

Teléfono (0241) 8714240 (Master) – Fax (0241) 8712394



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



REHABILITACIÓN PROTÉSICA EN PACIENTES CON EL SÍNDROME DE SJÖGREN: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar por el título de
Odontólogo.

Autores:

Autor(a): Betania Guerrero

Autor(a): María Montes

Tutor(a): Od. Elizabeth Villasana

San Diego, Febrero 2023.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Mediante la presente hago constar que he leído el Proyecto de Trabajo de Grado, elaborado por el(a), los ciudadano(a) Betania Guerrero y María Montes, titular de la cédula de identidad N° Ci: 27.709.351 y Ci: 27.193.506, para optar al grado académico de **ODONTOLOGO**, cuyo título es "**REHABILITACIÓN PROTESICA EN PACIENTES CON EL SINDROME DE SJÖGREN. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**", adscrito a la línea de investigación: Odontológica clínica y correctiva, y declaro que acepto la tutoría del mencionado Proyecto de Trabajo de Grado durante su etapa de desarrollo hasta su presentación y evaluación por el jurado evaluador que se designe; según las condiciones del Reglamento de Estudios de la Universidad José Antonio Páez.

En San Diego, a los 07 días del mes de Julio del año dos mil veintidós.

Oc. Elizabeth
Villasana

Ci:24.300.679



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE
VENEZUELA UNIVERSIDAD JOSÉ
ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



**CONSTANCIA DE APROBACIÓN PARA LA
PRESENTACIÓN PÚBLICA DEL TRABAJO DE GRADO**

Quien suscribe **Od. Elizabeth Villasana**, portador de la cédula de identidad N° **V-24.300.679**, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por el(la)(los) ciudadanos(as) **Betania Guerrero y María Montes** portadores de la cédula de identidad N° **V-27.709.351** y **V-27.193.506**, titulado **REHABILITACIÓN PROTÉSICA EN PACIENTES CON EL SÍNDROME DE SJÖGREN: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**, presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 06 días del mes de Febrero del año dos mil veintitrés

(Firma autógrafa del
tutor) Od. Elizabeth
Villasana CI.:
V-24.300.679



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA




ACTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del Trabajo de Grado titulado: **REHABILITACIÓN PROTÉSICA EN PACIENTES CON EL SÍNDROME DE SJÖGREN: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA** realizado por las Brs. **Betania Guerrero y María de los Ángeles Montes**, portadoras de la Cédula de Identidad N° 27.709.351 y 27.193.506. Cursantes de la carrera **ODONTOLOGÍA**, hace constar que después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación.

En San Diego, a los 24 días del mes de Febrero del año dos mil veintitrés.

Jurado

Tutor Académico:


Nombre: *Elizabeth Villosara*
C.I.: *24300679*



Jurado:


Nombre: *Carolina Morales*
C.I.: *13.508.322*

Jurado:


Nombre: *Arlette Alcina*
C.I.: *11528130*

*A Lola y Sofía, porque a pesar de irse muy pronto y no estar físicamente presentes sé
que no me soltaron de la mano.*

Betania Guerrero Adrianza.

*A mis padres, mi hermano y mi Tía Eligia, por su amor incondicional y su confianza,
me han llevado a donde estoy hoy.*

María de los Angeles Montes Rodríguez

AGRADECIMIENTOS

A Dios porque su voluntad fue ponerme en el camino correcto para ser la persona que soy ahora.

A mis padres Héctor y Yidda, porque me apoyaron y creyeron en mí cuando tomé esta decisión aun estando muy joven. Gracias por dejar abrir mis alas para crecer como profesional pero también como persona, por enseñarme a estar preparada para enfrentar la vida y también a enfrentar la vida sin estar preparada, ustedes siempre serán mi hogar sin importar dónde yo esté.

A mi abuela Lola, quien fue para mí otra madre y me vio crecer, por emocionarse y sentirse orgullosa cuando entré a la universidad, por creer desde el primer momento en que lo lograría. Tengo la certeza de que aún me cuida y desde el otro lado está compartiendo este logro conmigo.

A mis tíos José Gregorio, Daymaris y Ruperto, por confiar en que lo lograría, por darme su apoyo y buenos deseos en mi etapa universitaria. Igualmente, a mis familiares que desearon este momento tanto como yo y ahora celebran conmigo, siempre recordaré a quienes tuvieron palabras de aliento y consejos valiosos.

A mis mejores amigos Fernanda Magalhaes y José Hernández, por ser las primeras personas que conocí cuando empecé pero terminé atesorando para mi vida. Fueron para mí incondicionales y mi vida universitaria nunca hubiese sido la misma sin ustedes, a quienes amo y valoro como profesionales y personas, gracias por siempre compartir un café.

A mi gran amiga y compañera de tesis Ma. de los Ángeles Montes, por creer en esta amistad desde que inicié el curso básico y con quien me siento orgullosa de compartir este logro. Por ser una persona dedicada, constante, amar lo que hace y nunca perder la fe. Estoy segura de que en la vida de muchas personas será una gran profesional pero lo que más resalta es su valor como persona, dispuesta a ayudar a quien lo necesite sin esperar nada de regreso.

A mis increíbles amigas que me regaló la universidad: Geraldine, Ana Patricia, Verónica, Mayerlin, María N, Mady y Yolanda, por ser verdaderas amigas en diferentes momentos de la vida, por nunca dejarme sola y compartir parte de sus vidas conmigo. Las quiero muchísimo, gracias porque cada una a su manera me brindaron un hogar, todo es diferente estando lejos de casa pero sin duda todo fue mejor con ustedes.

A Sofía Arráez, quien conocí empezando la universidad brindándome su amistad y luz hasta la mitad de mi carrera. Creemos que las personas que conocemos son para siempre y nunca estaremos preparados para dejar ir a un amigo. Estaré eternamente agradecida porque nuestras vidas se cruzaron, por todo lo que aprendí, por las comidas compartidas y por dejarme una bonita historia que contar.

A mis amigas del colegio, especialmente a María Gabriela. Por siempre esperarme cuando llegaba de vacaciones para reiniciar nuestra amistad y por confiar en mí, de que en algún momento volvería a casa siendo odontólogo. Gracias por seguir presentes al pasar de los años.

A mis profesores, que incentivaron en mí la confianza de que siempre se podía, de que había una solución y por otorgarme seguridad. Ahora les agradezco porque me formaron como profesional pero también como persona, teniendo empatía con mis pacientes y valorando los esfuerzos de todos.

A mi casa de estudio, por permitirme graduarme como profesional en medio de un país en crisis y con universidades sin clases.

Betania Guerrero Adrianza

AGRADECIMIENTOS

A Dios y mi Divina Pastora por siempre cuidarme y bendecirme en este camino.

A mis padres Aida y Raimundo, eternamente gracias porque sin ustedes nada hubiese sido posible, gracias por confiar en mí y apoyarme siempre. Gracias por todo el esfuerzo para que estemos viviendo este momento de felicidad, que a pesar de la distancia nunca permitieron que me sintiera sola, este logro es por y para ustedes. Los amo.

A mi hermano Luis José, por ser motor en mi vida, por llenarme de sonrisas, regañarme cuando lo necesito, motivarme siempre a ser mejor y por siempre creer en mí y estar orgulloso. Te amo con todo mi corazón hermanito.

A mi tía Eligia, por iniciarme en el mundo de la odontología, por motivarme desde el inicio, por creer en mí y confiar que llegaría a poder ser su colega, por apoyarme en cada momento y ser el mejor ejemplo de un profesional que ama su carrera, por ser mi segunda mamá, este logro es nuestro, te amo.

A mi tía Nelly, mi segunda mamá por apoyarme, cuidarme, darme consejos y creer siempre en mí. Y a mi tío Nirgio, por enseñarme siempre la delicadeza y amor por la carrera, por sus consejos. Los quiero mucho.

A mi familia Montes y Rodríguez, por siempre apoyarme y confiar en que tendríamos otra odontólogo en la familia. En especial a mis abuelitos Juan, Eva y Luis, que desde el cielo han sido mis angelitos guardianes en todo momento. Los quiero mucho a todos.

A Antonio Agüero y Maritza Rosendo, por ser mis tíos excepcionales, por apoyarme siempre, cuidarme y creer en mí, por las llamadas para saber si estaba todo bien y los consejos que no pueden faltar con una buena comida, gracias por quererme como una hija, los quiero mucho.

A mi hermana de vida Jaidines Gil, por estar desde el día uno a mi lado, gracias a Dios y a la odontología que nos permitió cruzar caminos y poder celebrar cada logro juntas, gracias por las horas de estudio, las risas, los llantos, los regaños, por asistirme en clínica, las celebraciones y más, y sé que aún nos quedan más aventuras juntas. Te amo

A mi mejor amiga, compañera de clínicas y compañera de tesis Betania, desde el curso básico sabía la calidad de persona que eres, gracias por compartir conmigo este hermoso camino, por los días en que no podía más y me animabas a seguir, por los llantos y las risas, sé que a donde sea que vayas vas a brillar y espero estar ahí siempre para celebrar contigo tus éxitos. Te amo.

A mi amor bonito Raynold, por animarme cada día, por apoyarme siempre, por cuidarme y preocuparse por mí en todo este camino, por abrazarme cuando lo necesitaba, por secarme las lágrimas, por atender mis llamadas llorando cuando no conseguía pacientes, por reír conmigo y celebrar mis logros como suyos, por nunca dejarme sola. Te amo.

A Rosdary Mirabal, por acompañarme en este camino, por ser una amiga sin límites, por confiar en mí siempre, por ser mi familia, gracias por ser incondicional.

A María José Castellanos, por ser una excelente profesional, por ser una excelente profesora y una excelente persona, gracias por confiar en mí y convertirte en mi amiga, por quedarte después de clases a explicarme la enfermedad actual, por contestar mis dudas así sean las 11pm, por tus mensajes de apoyo. Gracias por permitirme ser tu pupila y creer en mí siempre. Te quiero mucho.

A mis amigas Stefany y Oriana, por apoyarme siempre, por celebrar mis logros como suyos, por ser incondicional conmigo, gracias por siempre estar. Las amo.

A mis mejores amigos del colegio Emma, Jesús Pacheco, Yenny, Fennie y Kimberly, por creer en mí, a pesar de la distancia sé que nuestra amistad está intacta, los quiero mucho y los llevo conmigo siempre.

A mis profesores, en especial mi tutora de tesis Elizabeth y la profesora Ivette Alsina, por darme la seguridad de que podría lograrlo, compartir sus conocimientos conmigo y mostrarme que la odontología va más allá de lo estético y funcional.

A mi casa de estudio, por permitir cumplir un sueño y forjarme para el futuro.

María de los Angeles Montes Rodríguez

INDICE GENERAL

| | |
|---|-----|
| RESUMEN..... | xiv |
| ABSTRACT..... | xv |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPITULO I..... | 3 |
| EL PROBLEMA | 3 |
| 1.1 Planteamiento del problema..... | 3 |
| 1.2 Formulación del problema | 4 |
| 1.3 Objetivos de la investigación | 5 |
| 1.3.1 Objetivo General..... | 5 |
| 1.3.2 Objetivos Específicos | 5 |
| 1.4 Justificación de la investigación | 5 |
| 1.5 Alcances y limitaciones de la investigación | 7 |
| CAPITULO II | 8 |
| MARCO TEÓRICO | 8 |
| 2.1 Antecedentes de la investigación | 8 |
| 2.2 Bases teóricas | 10 |
| 2.3 Bases Legales..... | 14 |
| 2.4 Glosario de Términos..... | 15 |
| 2.5 Cuadro de Operacionalización de Variables | 16 |
| CAPITULO III..... | 18 |
| MARCO METODOLÓGICO | 18 |
| 3.1 Tipo de investigación..... | 18 |
| 3.2 Nivel de Profundidad de la Investigación..... | 18 |
| 3.3 Diseño de Investigación..... | 18 |
| 3.4 Métodos de búsqueda y/o técnicas e instrumentos de recolección de datos | 19 |
| 3.4.1 Método de búsqueda de información | 19 |
| 3.4.2 Criterios de inclusión y exclusión | 20 |
| 3.4.3 Instrumentos de Recolección de datos | 20 |

| | |
|---|----|
| 3.4.4 Técnicas de análisis de resultados | 21 |
| CAPITULO IV | 22 |
| PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS | 22 |
| CAPITULO V | 24 |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 24 |
| 5.1 Conclusiones | 24 |
| 5.2 Recomendaciones | 25 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 27 |
| ANEXOS | 31 |



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



REHABILITACIÓN PROTÉSICA EN PACIENTES CON EL SÍNDROME DE SJÖGREN: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Autor(a): Guerrero Betania

Autor(a): Montes María

Tutor(a): Od. Elizabeth Villasana

Línea de Investigación: Odontología Clínica y Correctiva

Febrero, 2023

RESUMEN

El Síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune que afecta directamente a las glándulas salivales provocando así en los pacientes. La detección del síndrome de Sjögren al momento de la consulta odontológica es fundamental para pacientes que requieran una rehabilitación protésica, debido a que hay un plan de tratamiento especial en base de la ausencia de las propiedades de la saliva. Objetivo: Analizar las características clínicas de los pacientes con síndrome de Sjögren para obtener una rehabilitación protésica favorable. Materiales y métodos: Se realizará una investigación de tipo documental de revisión de artículos publicados desde los inicios de los estudios de rehabilitación protésica en pacientes con el síndrome de Sjögren para determinar cuál es el mejor tratamiento protésico para estos casos. Conclusiones: Después de realizar el análisis se puede concluir que los tratamientos de rehabilitación protésica con mayores ventajas son los implantes, las prótesis fijas y las prótesis totales implantadas o con adaptación de reservorios salivales, siendo así los tratamientos en desventaja las prótesis parcial removible y las prótesis totales convencionales por ser mucosoportada.

Descriptores: Rehabilitación protésica, síndrome de Sjögren, xerostomía.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



PROSTHETIC REHABILITATION IN PATIENTS WITH SJÖGREN'S SYNDROME: BIBLIOGRAPHIC REVIEW.

Author: Betania Guerrero

Author: Montes María de los Ángeles

Tutor: Od. Elizabeth Villasana

Research Line: Clinical and Corrective Dentistry

February 2023

ABSTRACT

Sjögren's Syndrome is an autoimmune disease that directly affects the salivary glands, thus causing patients. The detection of Sjögren's syndrome at the time of the dental consultation is essential for patients who require prosthetic rehabilitation, because there is a special treatment plan based on the absence of the properties of saliva. Objective: To analyze the clinical characteristics of patients with Sjögren's syndrome to obtain a favorable prosthetic rehabilitation. Materials and methods: Documentary research will be carried out to review articles published since the beginning of prosthetic rehabilitation studies in patients with Sjögren's syndrome to determine the best prosthetic treatment for these cases. Conclusions: After carrying out the analysis, it can be concluded that the prosthetic rehabilitation treatments with the greatest advantages are implants, fixed prostheses, and total prostheses implanted or with adaptation of salivary reservoirs, with removable partial prostheses and partial dentures being the disadvantaged treatments. conventional full dentures because they are tissue-supported.

Descriptors: Prosthetic rehabilitation, Sjögren's syndrome, xerostomia.

INTRODUCCIÓN

Los importantes cambios en los sistemas de salud han conmovido a la comunidad, la movilización demográfica y la forma de presentación de la enfermedad, han influido notablemente en la toma de decisiones respecto a las intervenciones en odontología. Los avances biotecnológicos, la aparición de nuevos métodos diagnósticos y las nuevas posibilidades terapéuticas en rehabilitación oral, tales como implantología, le han dado un nuevo poder a las ciencias biológicas que han impactado en la odontología y están cambiando la naturaleza de la práctica odontológica. En este aspecto, el manejo de la salud bucal de un paciente con síndrome de Sjögren puede ser un modelo para la práctica integral.

El síndrome de Sjögren es una enfermedad inflamatoria crónica, epitelitis autoinmune caracterizada por la inflamación de las glándulas exocrinas por linfocitos y células plasmáticas, los cuales están implicados en la destrucción del parénquima glandular. Por ello las principales manifestaciones de este trastorno son disfunciones de las glándulas salivales y lagrimales.

El diagnóstico y tratamiento odontológico de pacientes con síndrome de Sjögren es de gran interés, ya que en muchas ocasiones el odontólogo es el primero en enfrentar clínicamente las manifestaciones bucales de la enfermedad y esto repercute en la rehabilitación oral, un diagnóstico anticipado podría mejorar la efectividad del tratamiento al momento de ser planificado.

Determinar el mejor tratamiento para la rehabilitación protésica entre las prótesis parciales y totales removibles, prótesis fija e implantes ha influido en esta investigación para así determinar las ventajas y desventajas de cada una de ellas al ser aplicadas como tratamiento protésico en los pacientes que presentan el síndrome.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por la inflamación de los linfocitos T a nivel de las glándulas exocrinas, esta inflamación reduce su actividad secretora y genera sequedad en boca (xerostomía) y ojos (xeroftalmia). Su patogenia se describe de carácter complejo ya que se han propuesto múltiples factores tanto genéticos como ambientales que llevan a la desregularización del funcionamiento de las glándulas exocrinas (1-2).

Las primeras descripciones del síndrome en pacientes con características de xerostomía se realizaron a finales del siglo XIX. (Sjögren 1933) englobó las características de la enfermedad en una enfermedad sistémica (1).

La frecuencia de este síndrome a nivel mundial oscila desde 0,02% a 4,8% en diferentes estudios, siendo más predominante en mujeres que en hombres en una relación 9:1. La edad de aparición más frecuente en hombres de 30 años y en mujeres postmenopáusicas (50 años). El síndrome de Sjögren es probablemente la enfermedad autoinmune más frecuente, aunque su escasez de síntomas conlleva a que, a menudo, esté infradiagnosticada (2-3).

Existen pocos estudios realizados en Latinoamérica, no obstante, en los últimos años estudios realizados en México y Colombia han determinado una prevalencia del 13,3% (4). Por otro lado, un estudio realizado en el Hospital Universitario de Caracas, en

Venezuela existe una prevalencia del 0,09% al 13,5% en la cual siguen siendo las mujeres afectadas en un 96%, la particularidad del Síndrome de Sjögren en Venezuela es que los primeros síntomas comienzan a aparecer a una edad de 42 años, por debajo de la edad media diagnóstica de 50 años (5).

En tal sentido, la alerta a las características clínicas del síndrome de Sjögren debe estar presente en el día a día del odontólogo ya que el 72% de los pacientes que llegan a consulta odontológica no están informados o no tienen un diagnóstico de su patología (2).

1.2 Formulación del problema

Los efectos que repercuten en la cavidad bucal son una complicación al momento de rehabilitar de manera protésica a un paciente con el síndrome de Sjögren, debido a que el principal síntoma de este es la xerostomía, ya que la saliva cumple una función importante en la adaptación de la prótesis.

En vista que las características del síndrome de Sjögren influyen directamente en la rehabilitación protésica del paciente y el manejo del mismo, por ello, la presente investigación pretende analizar la efectividad de la rehabilitación protésica dependiendo del tipo de prótesis que se utilice, según publicaciones científicas realizadas en los últimos cinco años, siendo de interés ampliar los conocimientos sobre los avances existentes en la actualidad de los diferentes manejos de los pacientes con síndrome de Sjögren.

Según las tendencias actuales disponibles en la literatura especializada... ¿Cuál sería la mejor técnica (prótesis parcial removible, prótesis total, puente fijo e implantes dentales) para los pacientes con síndrome de Sjögren?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo General

Analizar las características clínicas de los pacientes con el Síndrome de Sjögren para obtener una rehabilitación protésica favorable.

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Clasificar las características clínicas del síndrome de Sjögren.
2. Enumerar los procesos de la rehabilitación protésica (prótesis parcial removible, prótesis total, puente fijo e implantes dentales) en pacientes con síndrome de Sjögren.
3. Examinar ventajas y desventajas cuando se aplica una prótesis parcial removible, una prótesis total, una prótesis fija e implantes dentales en pacientes con el síndrome de Sjögren.

1.4 Justificación de la investigación

Las enfermedades autoinmunes poseen origen desconocido, aunque es sabido que tienden a ser hereditarias, lo que significa que ciertos genes pueden hacer que algunas personas sean más propensas a desarrollar una afección. Los virus, ciertos productos

químicos y otros elementos en el medio ambiente pueden desencadenar una enfermedad autoinmune si posee los genes que lo predisponen a ello. El síndrome de Sjögren es un trastorno autoinmune que reduce la cantidad de lágrimas en los ojos y de saliva en la boca. Por consiguiente, las personas con síndrome de Sjögren padecen de sequedad en la boca y en los ojos. La sequedad de la boca afecta el gusto, hace más difícil masticar y tragar, y aumenta el riesgo de caries, pérdida de dientes e infecciones en la boca.

Debido a que en la rehabilitación protésica la saliva cumple las características de adhesión y cohesión, es fundamental que el paciente pueda generarla para el éxito y funcionamiento adecuado de la prótesis recomendada. Es por ello que al analizar las características clínicas del síndrome de Sjögren, se puede determinar como la xerostomía es la principal de éstas, afectando directamente el tratamiento protésico. Así como, la mayoría de personas que acuden a consulta odontológica no están al tanto de poseer el síndrome de Sjögren y se encuentran sin diagnóstico.

La motivación para el desarrollo de este trabajo marcado en la línea de Investigación Odontología clínica y correctiva, orientado a la rehabilitación protésica surge de la necesidad de otorgar un adecuado tratamiento e indicar el tipo de prótesis recomendada para éstos pacientes que tienden a rechazar las prótesis dentales. Por otro lado, desde la odontología clínica se puede determinar que son pacientes propensos a la caries dental y enfermedad periodontal, lo que disminuye su calidad bucal y requiere de un mayor cuidado e higiene dental.

1.5 Alcances y limitaciones de la investigación

La presente investigación se llevará a cabo realizando una exhaustiva revisión bibliográfica comprendida desde el inicio de las publicaciones hasta 2022, dichas investigaciones se encontrarán en la base de datos de la red (Internet) donde permitirá ampliar la información histórica sin limitantes de país e idiomas.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Los antecedentes reflejan el avance del conocimiento en función del estudio que se esté realizando. Se presentan investigaciones vinculadas a la temática de estudio (10). En primera instancia se menciona el artículo de revisión titulado “Manejo estomatológico de pacientes con síndrome de Sjögren. Artículo de Revisión” de los autores Zaldívar et al. (2018) quienes exponen de forma general los conceptos básicos y características de los pacientes con el síndrome de Sjögren y su manejo odontológico general, los autores concluyeron que el conocimiento y la exploración del síndrome es importante en la consulta odontológica (6).

En segundo lugar, se hace referencia al reporte del caso de Matiz (2018), con su trabajo titulado “Prótesis total con reservorio salival en un paciente con síndrome de Sjögren”. Presentado en la Universidad Nacional de Colombia, cuyo objetivo general estuvo dirigido a la elaboración y adaptación de una prótesis con reservorios de saliva la cual mejore la vida diaria del paciente con el síndrome de Sjögren. Este modelo de prótesis consiste en una adaptación con reservorios de saliva artificial ubicados en el interior de la prótesis, la cual pueda tener resistencia estructural y funcionalidad, luego de realizar estudios de laboratorio exhaustivos el autor llegó a la conclusión que esta propuesta es una excelente alternativa para los pacientes con el síndrome de Sjögren ya que es de

fácil colocación y retiro de los depósitos de saliva de la prótesis esto permite al paciente poder estar varias horas sin la necesidad de cargar botellas de agua o enjuagues (7).

Siguiendo el mismo orden de ideas, citaremos el trabajo de grado de la autora Rivera (2019), que lleva como título “Desconocimiento del Síndrome de Sjögren y cómo afecta a la vivencia de la enfermedad, las relaciones personales y con profesionales de la salud ” presentado en la Universidad de Chile, que se enfocó en demostrar que los pacientes con síndrome de Sjögren tienen otras alteraciones además de las médicas muchas de las cuales pueden disminuir la información y conciencia sobre la enfermedad en la población, además de aumentar las estrategias para enfrentar la enfermedad en el ámbito de la salud mental. El desconocimiento es una situación común de las enfermedades raras y es capaz de generar múltiples consecuencias emocionales que conducen al deterioro de la salud física y psicológica del paciente, así como un deterioro en las relaciones sociales y la relación médico-paciente, causadas por la ignorancia, incredulidad y desinformación tanto del círculo familiar y social como en el de los profesionales de la salud ante lo que las pacientes responden con desconfianza, tristeza, incertidumbre y abandono (8).

Por otra parte, se expone en el artículo científico publicado con el título “Disfunción temporomandibular en pacientes con Síndrome de Sjögren” en esta investigación los autores Pimienta et al. (2020) quienes manifiestan que existe una elevada prevalencia de afectación de la ATM en los pacientes con el síndrome de Sjögren ya que estos

pacientes presentan una disminución del espacio articular que va estrechamente relacionado con el progreso de su enfermedad (9).

Serrano (2021) con su trabajo de grado titulado “Lesiones orales en el paciente con síndrome de Sjögren primario” expone que dichos pacientes presentan más lesiones orales que los pacientes sanos, las enfermedades más recurrentes fueron la queilitis angular, la glositis atrófica, la estomatitis aftosa recurrente y la lengua fisurada (22). Es así, como los trabajos de investigación antes mencionados contribuyen a resolver la interrogante de este proyecto sobre el síndrome de Sjögren y como se puede adaptar esta patología a los diferentes tratamientos de rehabilitación protésica, dando así un indicio de efectividad de salud bucal.

2.2 Bases teóricas

Las bases teóricas implican un desarrollo amplio de los conceptos y proposiciones que conforman el punto de vista o enfoque adoptado, para sustentar o explicar el problema planteado (10).

Etiología:

La etiología del Síndrome de Sjögren es desconocida, pero es importante la interacción entre factores genéticos y ambientales. A pesar de que se han reportado algunos casos de gemelos homocigotos con SS, no se ha establecido aún tasas confiables de concordancia, es común que los pacientes con Síndrome de Sjögren tengan familiares

con otras enfermedades autoinmunes como LES, AR, enfermedad tiroidea, y esclerosis múltiple.

Manifestaciones clínicas orales

Las glándulas salivales mayores y menores conducen a disminución de la secreción salival, manifestándose como xerostomía con incremento de infecciones bucales, friabilidad de la mucosa y caries dental debido a la pérdida de la lubricación y capacidades antimicrobianas de la saliva. Es común la candidiasis oral manifestada como lesiones mucosas eritematosas, fisuras linguales, atrofia de las papilas filiformes y queilitis angular. Puede ocurrir crecimiento asintomático y auto-limitado de las glándulas parótidas (parotido-megalia) o de otras glándulas salivales mayores, pero en caso de ser persistente debe de vigilarse cuidadosamente hasta excluir infecciones y más importantemente, el desarrollo de linfoma. La xerostomía puede ser evaluada por diferentes métodos diagnósticos como gammagrafía, sialografía de glándula parótida, sialometría, sialoendoscopia y biopsia de glándula salival menor; esta última es tomada del labio inferior y se considera positiva si existe infiltración linfocítica de más de 50 cels por 4mm² (21). Castillo (2021) expresa que la xerostomía o síndrome de boca seca, se define como la disminución del flujo salival en condiciones de reposo. Este término (del griego xero: seco; stoma: boca) es la manifestación clínica más común de las disfunciones salivales; y es la sensación de sequedad debido a la disminución del flujo salivar. Es una condición asociada tanto con una disminución en la tasa del flujo salival como con una alteración en la composición química de la saliva, causando, en

cualquiera de sus vertientes, boca seca, la cual puede tener un deterioro en varios aspectos de la función bucal y el estado de salud general (11).

El manejo inicial es dar tratamiento a las causas que genera hiposalivación, en los casos que la alteración sea reversible (como estrés y consumo de fármacos) se resolverá en pocos días. En los casos que el daño sea irreversible sobre las glándulas, el tratamiento debe perseguir la estimulación o la sustitución de la secreción salival disminuida o perdida. El humedecimiento de la mucosa bucal con sustitutos de saliva artificial muestra alivio en el malestar del paciente. Evitar alimentos cariogénicos, uso de tabaco y consumo excesivo de alcohol. Alternar tratamientos con medicamentos xerogénicos dentro de las posibilidades médicas. En pacientes con uso de prótesis dentales, retirarlas durante la noche para mantenerlas en solución de hipoclorito (11).

Rehabilitación protésica oral

La rehabilitación protésica es la ciencia y el arte de reemplazar las porciones coronales de los dientes naturales perdidos y sus partes asociadas. La ausencia de uno o más dientes en la boca incide en la fonética, deglución, digestión, estética e incluso en las relaciones sociales entre los individuos. A la hora de la rehabilitación es importante que la satisfacción del paciente se encuentre relacionada con la estética lograda, así también con la salud de los tejidos residuales (12).

La rehabilitación protésica removible o tratamiento mediante prótesis removible es un procedimiento clínico dirigido a restituir dientes ausentes mediante unos aparatos o

productos sanitarios a medida «no fijos» es decir, susceptibles de ser retirados de la boca a voluntad del propio paciente y en cualquier momento, sin necesidad de intervención del dentista. Esta aparatología removible consta de dientes artificiales que se sujetan sobre una base acrílica y/o metálica. Dicha estructura base, a su vez, se apoya sobre la encía y se sujeta a dientes remanentes, si es que existen, mediante retenedores directos o retenedores indirectos (barras y ataches) o a implantes (prótesis o sobredentaduras implantorretenidas) mediante unos mecanismos de sujeción en forma de cilindros, o de barras ancladas a los implantes y unas abrazaderas específicas, situadas en el interior de la prótesis (13).

Por otro lado, la rehabilitación protésica fija o tratamiento mediante prótesis fija es un procedimiento clínico dirigido a restituir dientes ausentes mediante una aparatología fija, unida permanentemente a algunos dientes naturales que quedan en la boca o a implantes osteointegrados. A diferencia de la prótesis removible, esta aparatología no puede ser retirada por el paciente por sus propios medios (13). Existen dos tipos: Prótesis fija convencional o dentosoportada (es decir, sujeta a dientes), en la que es necesario desgastar (tallar) los dientes que sirven de sujeción, quitándole una capa de aproximadamente 1 mm o 1,5 mm de espesor (13).

Prótesis fija implantosoportada (es decir, sujeta a implantes), en la que la estructura protésica puede ir atornillada o cementada sobre unos vástagos (pilares) atornillados, a su vez, a los implantes. Una variante de ésta es la llamada prótesis híbrida que, siendo

fija, recuerda a la removible por la presencia de una falsa encía que permite restaurar con un símil de encía los tejidos óseos perdidos por el edentulismo (13).

2.3 Bases Legales

La investigación en curso se soporta en el siguiente contexto legal:

Ley sobre el derecho de autor

Expresa en su Título I de los derechos protegidos, capítulo I Disposiciones generales sección primera de las obras del ingenio Artículo 1º: “Las disposiciones de esta Ley protegen los derechos de los autores sobre todas las obras del ingenio de carácter creador, ya sean de índole literaria, científica o artística, cualquiera sea su género, forma de expresión, mérito o destino.” (19).

En su sección segunda de los autores, artículo 5º señala: “El autor de una obra del ingenio tiene por el sólo hecho de su creación un derecho sobre la obra que comprende, a su vez, los derechos de orden moral y patrimonial determinados en esta Ley.” (19).

En su capítulo II de los límites de los derechos de explotación en su artículo 46º señala: “Siempre que se indique claramente el nombre del autor y la fuente, es lícita también:

1. La inclusión de una obra ya publicada dentro de una obra científica original con el objeto de aclarar su contenido en la extensión en que lo justifique esta finalidad; sin embargo, la reproducción de una obra de arte con tal fin será lícita aun cuando la obra no haya sido publicada siempre que esté expuesta públicamente de modo permanente.” (19).

Código de Deontología Odontológica

Expresa en el Título I, Capítulo primero. De los deberes y derechos de los Odontólogos, artículo 1º: “El respeto a la vida y a la integridad de la persona humana, el fomento y la preservación de la salud, como el bienestar social y su proyección efectiva a la comunidad, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial de Odontólogo” (20).

En su artículo 2º señala: “El Profesional de la Odontología está en la obligación de mantenerse informado y actualizado en los avances del conocimiento científico. La actitud contraria no es ética, ya que limita en alto grado su capacidad para suministrar la atención en salud integral requerida (20).

2.4 Glosario de Términos

Síndrome de Sjögren: enfermedad inflamatoria crónica, sistémica, autoinmune que principalmente afecta a la disminución o ausencia de la secreción glandular produciendo sequedad de piel y mucosa afectando más concretamente a las glándulas salivales y lacrimales produciendo xerostomía y xeroftalmia además de evidenciar un agrandamiento de las glándulas parótidas (14).

Xerostomía: La xerostomía es una patología bucal que se caracteriza por una disminución de la secreción salival y provoca la sensación de no tener saliva o de boca seca, es un síndrome que se presenta cuando no se cuenta con suficiente saliva para mantener la boca húmeda e hidratada (15).

Enfermedades autoinmunes: son un grupo de enfermedades diferentes que tienen como origen el hecho de que el sistema inmune pasa a producir anticuerpos contra los componentes de nuestro propio organismo (16).

Prostodoncia: es una especialidad odontológica que tiene como función primordial el diseño y la fabricación de prótesis para los dientes. Estos elementos se emplean para que la boca recupere sus funciones y su estética (17).

Rehabilitación Protésica: La rehabilitación con prótesis dental es una solución ante la pérdida dentaria, y sus implicaciones en el orden estético, funcional y psicológico (18).

2.5 Cuadro de Operacionalización de Variables

Cuadro 1 Operacionalización de variables.

| Objetivo general: Analizar las características clínicas de los pacientes con el Síndrome de Sjögren para obtener una rehabilitación protésica favorable. | | | | |
|---|--|--------------------------|---|--|
| Variable | Definición | Dimensiones | Indicadores | Instrumento |
| Síndrome de Sjögren | El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por la inflamación de los linfocitos T a nivel de las glándulas exocrinas, esta inflamación reduce su actividad secretora y genera xerostomía (1). | Manifestaciones Orales | -Xerostomía -Enfermedad Periodontal | Ficha documental: Recolección de artículos científicos nacionales e internacionales |
| Rehabilitación protésica | La rehabilitación con prótesis dental es una solución ante la pérdida dentaria, y sus implicaciones en el orden estético, funcional y psicológico (18). | Prótesis total Removible | Propiedad importante de la saliva ausente | |
| | | Implantes Dentales | La prótesis no necesita la adhesión salival | |

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

El marco metodológico es una guía procedimental, producto de la reflexión, que provee pautas lógicas generales pertinentes para desarrollar y coordinar operaciones destinadas a la consecución de objetivos intelectuales o materiales del modo más eficaz posible (23).

3.1 Tipo de investigación

La investigación es tipo Documental. Es un proceso basado en la búsqueda, recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios, es decir, los obtenidos y registrados por otros investigadores en fuentes documentales: impresas, audiovisuales o electrónicas. Como en toda investigación, el propósito de este diseño es el aporte de nuevos conocimientos (10).

3.2 Nivel de Profundidad de la Investigación

El nivel de esta investigación es de carácter descriptivo y comparativo. La investigación descriptiva consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno o grupo con el fin de establecer su estructura o comportamiento. Por otra parte, la investigación comparativa consiste en discriminar los posibles factores intervinientes o moderadores del fenómeno evento en estudio y establecer semejanzas y diferencias (10).

3.3 Diseño de Investigación

El tipo de diseño tomado en cuenta en la presente investigación es diseño bibliográfico. Este diseño se fundamenta en la revisión sistemática, rigurosa y profunda de material documental de cualquier clase. Se procura el análisis de los fenómenos o el

establecimiento de la relación entre dos o más variables. Cuando opta por este tipo de estudio, el investigador utiliza documentos; los recolecta, selecciona, analiza y presenta resultados coherentes. El diseño bibliográfico utiliza los procedimientos lógicos y mentales propios de toda investigación: análisis, síntesis, deducción, inducción, entre otros. Además, el investigador efectúa un proceso de abstracción científica, generalizando sobre la base de lo fundamental. También realiza una recopilación adecuada de datos que le permiten redescubrir hechos, sugerir problemas, orientar hacia otras fuentes de investigación, descubrir formas para elaborar instrumentos de investigación. Es un proceso que se realiza en forma ordenada y con objetivos precisos, con la finalidad de fundamentar la construcción de conocimientos (23).

3.4 Métodos de búsqueda y/o técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1 Método de búsqueda de información

Para la realización de esta revisión bibliográfica se realizó una búsqueda inicial electrónica, utilizando como fuentes de información: MedLine (vía PubMed) y el motor de búsqueda Google Académico con las palabras “Rehabilitación protésica oral en pacientes con síndrome de Sjögren” en idioma español, “Oral prosthetic rehabilitation in patients with Sjögren’s syndrome” en idioma inglés y “Reabilitação protética oral em pacientes com síndrome de Sjögren” en idioma portugués. Finalmente, se buscó manualmente en la lista de referencias de artículos seleccionados para identificar estudios relevantes disponibles. Arrojando 369 resultados.

3.4.2 Criterios de inclusión y exclusión

En la presente investigación después de obtener una población de 369 publicaciones con una muestra de 11 artículos, se aplicaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión. Siendo así, cómo se obtuvieron los artículos que comprenden la muestra del presente trabajo de grado.

- Se incluyeron publicaciones en inglés, español y portugués independiente del país de origen de la publicación, autor o del lugar donde haya sido realizado el estudio.
- La presencia de los descriptores combinados: rehabilitación protésica, Síndrome de Sjögren, prótesis removible, prótesis fija e implantes dentales en el título del trabajo. Para esto se leyeron los títulos de los artículos encontrados.
- Textos que fueron sometidos a un proceso de evaluación: revistas científicas, tesis doctorales.
- Estudios que evaluaron la efectividad de la rehabilitación protésica en pacientes con el síndrome de Sjögren. En este sentido, quedan excluidas aquellas investigaciones que exponen tratamientos en otras áreas de la odontología.
- Finalmente, se descartaron los duplicados y aquellos estudios cuyo texto completo no fue posible acceder, aunque cumplían con los criterios señalados.

3.4.3 Instrumentos de Recolección de datos

Un instrumento de recolección de datos, es cualquier recurso del cual pueda valerse el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información. Se define como cualquier recurso, dispositivo o formato (en papel o digital), que se utiliza para

obtener, registrar o almacenar información. Los instrumentos que fueron utilizados en esta investigación son fichas, computadora y sus unidades de almacenaje (7). Las fichas utilizadas contienen los siguientes ítems:

- ID: Identificación
- Título: Nombre del artículo investigado
- Ref.: Autores y año de publicación
- Resumen: Síntesis del artículo investigado

3.4.4 Técnicas de análisis de resultados

El método que se implementó en esta investigación para procesar los datos secundarios obtenidos, fue un análisis documental. Se leyó en detalle cada artículo de la muestra, siendo ubicados en fichas por orden cronológico en que fueron publicados, posteriormente se clasificaron por temas en dos principales grupos: Manifestaciones bucales del síndrome de Sjögren y según su rehabilitación protésica desglosado en prótesis parcial removible, prótesis total, prótesis fija e implantes. La búsqueda inicial en las distintas bases de datos arrojó un total de 369 títulos, con fecha entre los años 2001-2022, de los cuales 223 son títulos duplicados, dejando 146 títulos únicos. Los estudios fueron elegidos en base a su título, resumen y contenido, resultando en una selección de estudios, con la posterior exclusión de aquellos que no cumplían con los criterios de inclusión. Finalmente, 11 estudios fueron incluidos para una revisión exhaustiva de su contenido y metodología a texto completo.

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS

El síndrome de Sjögren es una enfermedad de origen autoinmune que afecta principalmente a las glándulas exocrinas, lo que genera la aparición de sequedad oral y ocular. Es por ello que la xerostomía es el principal síntoma que puede tomarse en cuenta para dar un correcto diagnóstico debido a que la ausencia salival no permite que exista lubricación oral, ocasionando un desbalance del pH y por consecuencia la aparición de caries aumenta dando lugar a un mayor número de pacientes edéntulo en la consulta odontológica.

Los tratamientos protésicos son la principal solución para la rehabilitación oral pero debido a las limitaciones que presentan éstos pacientes se debe optar por el mejor tipo de prótesis que pueda adaptarse a sus necesidades y a la evolución del tratamiento. Aunque las prótesis parciales removibles son la alternativa más común en la mayoría de los casos parcialmente edéntulos, se debe tener en cuenta que en personas con el síndrome de Sjögren éstas serían únicamente dentosoportadas, lo que promovería a la aparición de candidas y estomatitis subprotésica debido a que la ausencia salival inhibe las propiedades de adhesión, cohesión y retención.

Por otro lado, en pacientes totalmente edéntulos el tratamiento tradicional con prótesis total mucosoportada normalmente fracasa debido a la xerostomía producida por el síndrome de Sjögren, pero tienen como alternativa utilizar prótesis totales implantadas que, dependiendo del caso, se decide el número de implantes y dónde situarlos para

lograr una correcta adhesión al tejido óseo y que éstos no sean rechazados. Así mismo, existen prótesis totales con reservorio salival, el cual facilita la lubricación oral gracias a la saliva artificial que es suministrada en pequeñas cantidades, cumpliendo con un tratamiento más favorecedor y disminuyendo los traumatismos bucales.

Ahora bien, la prótesis fija suele implementarse como tratamiento protésico cuando la pieza dental tiene caries extensas o las restauraciones en resina no se mantienen como material restaurador en un periodo de tiempo aproximado a dos años. Aun así, éstas también tienen compromiso con la mucosa oral y debe evaluarse cada caso de manera individual para evitar el fracaso del tratamiento.

Finalmente, se observa que los implantes para una o más piezas dentarias han tenido un gran número de éxitos en el tratamiento de rehabilitación protésica para éstos pacientes, ya que el odontólogo opta por preservar el mayor número de piezas dentarias en boca y los implantes reemplazan las ausencias de ellas, permitiendo utilizar tratamientos alternativos que puedan estimular la acción masticatoria para la producción salival como los chicles de azúcares artificiales y xilitol disminuyendo el riesgo de gingivitis, periodontitis y candidiasis oral. Es por ello, que se evidenció el uso de implantes como la rehabilitación protésica con mayores ventajas en comparación a las prótesis convencionales mucosoportadas y dentosoportadas.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Una vez analizados los resultados y tomando en cuenta los objetivos propuestos en esta investigación se plantean las siguientes conclusiones:

La principal manifestación clínica producida por el síndrome de Sjögren que puede observarse en la cavidad bucal es la xerostomía, ocasionando aumento de infecciones bucales y caries dental debido a la ausencia de saliva produciendo a su vez daño en los tejidos periodontales y mucosas, siendo un factor influyente en la pérdida dentaria parcial o total.

Los tratamientos de rehabilitación protésica conocidos en la odontología actual como prótesis parcial removible, prótesis total, prótesis fija e implantes pueden ser aplicados en pacientes con síndrome de Sjögren como una solución viable para la disfunción masticatoria y al mismo tiempo corregir la estética dental, debido a las variaciones que se han empleado en los tratamientos protésicos para hacerlos adaptables a éste tipo de pacientes, mejorando su estilo de vida y favoreciendo su autoestima.

La efectividad de la rehabilitación oral en estos pacientes está estrechamente relacionada con el tipo de prótesis que pueda utilizarse, siendo la prótesis parcial removible la que se encuentra en mayor desventaja ya que éstas deben ser únicamente dentosoportadas por la afectación producida en las mucosas, ocasionando candidas y

estomatitis subprotésica. De la misma manera, la prótesis total convencional no es favorable ya que la ausencia de saliva impide la adhesión y cohesión entre la prótesis y la mucosa, por éste motivo se han desarrollado nuevas adaptaciones para éste tipo de prótesis como los reservorios salivales que expulsan la cantidad adecuada de saliva artificial para disminuir de forma parcial la xerostomía dando así un mejor pronóstico del tratamiento. Al mismo tiempo existen las prótesis totales implantadas, siendo las más exitosas para la rehabilitación protésica en pacientes edéntulos totales ya que no depende de la adhesión natural dada por la saliva.

En cuanto a las prótesis fijas existe mayor ventaja cuando no hay compromiso periodontal, es por ello que debe evaluarse cada caso de forma individual porque esto influye en el éxito del tratamiento. Siendo así los implantes dentales la mejor elección al momento de rehabilitar un paciente con síndrome de Sjögren, ya que su fracaso no depende totalmente de la xerostomía y permite utilizar tratamientos complementarios para la estimulación salival, que ayudan a preservar el mayor número de piezas dentarias en boca.

5.2 Recomendaciones

- ✓ Se recomienda a la comunidad estudiantil de la Universidad José Antonio Páez a tener en cuenta las características clínicas de los pacientes con el Síndrome de Sjögren al momento de realizar los exámenes extraorales e intraorales para su correcto plan de tratamiento.

- ✓ Actualizar las alternativas de tratamientos protésicos como los reservorios salivales para adaptarlos a las necesidades de los pacientes edéntulos.
- ✓ Enseñar el procedimiento clínico para la correcta confección de una prótesis adecuada para los pacientes con el Síndrome de Sjögren en el área de clínica de rehabilitación protésica.
- ✓ Se exhorta a los estudiantes de la escuela de odontología de la Universidad José Antonio Páez a expandir esta línea de investigación para innovar en cuanto a opciones de tratamientos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. H Rivera, L Valero, L Escalona, F Roja-Sánchez, MP Ríos. Manejo Multidisciplinario del paciente diagnosticado con el Síndrome de Sjögren. Acta Odontológica Venezolana. [en línea] 2009; 43 (3): 45-47. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/3/art-23/>
2. Morrondo C. Aspectos actuales del síndrome de Sjögren: Etiopatogenia, Manifestaciones Clínicas, diagnóstico y tratamiento. Seminarios de la Fundación Española de Reumatología. [en línea] 2010; 11 (2): 70-76. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3214490>
3. Strand V, Talal N. Advances in the diagnosis and concept of Sjögren's syndrome (autoimmune exocrinopathy). [en línea] Bull Rheum Dis. 1979; 30 (9): 1046-1052. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/398729/>
4. Brito Z, María del P. Marcadores Inmunológicos como factores pronósticos en el Síndrome de Sjögren primario. [Tesis Doctoral] Departamento de medicina. Barcelona, España. 2006 Barcelona (Esp): Universidad de Barcelona. España; 2006.
5. Castillo S, Rivera H, Escalona L, Acevedo AM. Prevalencia del Síndrome de Sjögren Secundario en una Población Venezolana. [Tesis Doctoral] Facultad de odontología de la Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela. 1998. Caracas (Ven) Universidad Central de Venezuela; 1998.

6. Zaldívar O, Almaguer D, Leyva M, Castillo Y, Grave de Peralta M. Manejo estomatológico de pacientes con el síndrome de Sjögren. [en línea] Correo Científico Médico. 2018; 22 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812018000200012
7. Matiz Cuervo J. Estudio de caso: Prótesis total con reservorio salival en un paciente con síndrome de Sjögren. [en línea] Facultad de Odontología. Bogotá, Colombia. 2018. Bogotá (Col): Universidad Nacional de Colombia; 2018.
8. Rivera C. Revisión bibliográfica: Desconocimientos del síndrome de Sjögren y cómo afecta a la vivencia de la enfermedad, las relaciones personales y con profesionales. [Trabajo de grado] Departamento de ciencias del comportamiento. Santiago, Chile. 2019. Santiago (Ch): Universidad de Chile; 2019.
9. Pimienta I, Camaño L. Disfunción temporomandibular en pacientes con síndrome de Sjögren. [en línea] RevCuba Reumatol. 2020; 22 (3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962020000300005
10. Arias F. El proyecto de investigación: introducción a la metodología científica. Caracas; Episteme; 2006.
11. Cantillo E. Xerostomia e hiposalivación como reto en el tratamiento protésico. Estomatovision. [sitio en internet] 2021. Disponible en: <https://www.bing.com/search?q=xerostomia+autores&qs=n&form=QBRE&p>

=-1&pq=xerostomia+autores&sc=9-18&sk=&cvid=FF1DE6A709414B319F7
DD310929CE0A1&ghsh=0&ghacc=0&ghpl=

12. Arencibia E, Rodríguez E, Sixto M, Sixto M. Necesidad de rehabilitación protésica en una población seleccionada de un área de salud. [en línea] 2016: 20 (3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000300008
13. Autor Desconocido. Rehabilitación protésica oral. Clínica Dental Can Parellada. [en línea] 2019. Disponible en: <https://www.dentalcanparellada.es/pdf/consentimiento/rehabilitacion-protésica-cas.pdf>
14. Martín A, López L, Miñana A, Ramos I, Martín A. Síndrome de Sjögren. Artículo monográfico. Revista Sanitaria de Investigación. [en línea] 2022. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/sindrome-de-sjogren-articulo-monografico/#:~:text=El%20s%C3%ADndrome%20de%20Sj%C3%B6gren%20es%20una%20enfermedad%20inflamatoria,evidenciar%20un%20agrandamiento%20de%20las%20gl%C3%A1ndulas%20par%C3%B3tidas%201%2C2%2C3%2C4%2C5>.
15. Rial P. ¿Qué es la xerostomía y cuáles son sus causas?. Consejos Odontológicos. [en línea] 2020. Disponible en: <https://clnicasden.com/conoce-la-xerostomia/>

16. Pinheiro P. ¿Qué son las enfermedades autoinmunes? [en línea] MD.SAÚDE. 2020. Disponible en: <https://www.mdsaude.com/es/autor/dr-pedro-pinheiro/>
17. Buffa V. ¿Qué es la prostodoncia? [en línea] Mejor con Salud. 2021. Disponible en: <https://mejorconsalud.as.com/prostodoncia/>
18. Maresma R. Impacto de la rehabilitación protésica en la calidad de vida relacionada con salud bucal en adultos mayores. [en línea] Redalyc. 2020. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1800/180066345013/>
19. Venezuela. Servicio Autónomo de la propiedad Intelectual. Ley sobre el derecho de autor. Caracas.
20. Venezuela. Colegio de Odontólogos de Venezuela. Código de Deontología Odontológica; 1992.
21. Riega J. Revisión Bibliográfica: Utilidad de la $\beta 2$ microglobulina salival como biomarcadores en el diagnóstico del Síndrome de Sjögren. Facultad de Medicina. Nuevo León, México. 2016. Nuevo León (Mx) Universidad Autónoma de Nuevo León; 2016.
22. Serrano J. Revisión Bibliográfica: Lesiones orales en el paciente con síndrome de Sjögren primario. Especialidades Clínicas Odontológicas. Madrid, España. 2021. Madrid (Es): Universidad Complutense de Madrid; 2021.
23. Palella S, Martins F. Metodología de la investigación cuantitativa. Caracas; FEDUPEL; 2012.

ANEXOS

Anexo 1. Fichas Bibliográficas

| | |
|----------------|--|
| ID | 01 |
| Título | Manejo Odontológico de pacientes con síndrome de Sjögren |
| Ref. | Bardález R. 2001 |
| Resumen | El problema predominante en pacientes con Síndrome de Sjögren es la caries dental, la falta de saliva predispone a los pacientes al rápido desarrollo de lesiones, especialmente a lo largo del margen cervical tanto en las áreas libres como proximales a pesar de la buena higiene oral y como consecuencia pérdida de las piezas dentales. |

| | |
|----------------|---|
| ID | 02 |
| Título | La xerostomía en el Síndrome de Sjögren. Tratamientos paliativos. Revisión bibliográfica |
| Ref. | Malchiodialbedi G. 2007 |
| Resumen | El objetivo de este trabajo fue la revisión bibliográfica actualizada del Síndrome de Sjögren, la Xerostomía como síntoma inducido por SS y los diferentes productos que existen para el tratamiento coadyuvante de estos síntomas. |

| | |
|----------------|--|
| ID | 03 |
| Título | Síndrome de Sjögren y tratamiento protésico removible total con implantes mandibulares. Caso clínico |
| Ref. | Weber, B et al. 2008 |
| Resumen | Se presenta un caso de un paciente género femenino, de 64 años, con síndrome de Sjögren secundario, rehabilitada con prótesis removibles totales mucosoportada superior e implanto retenida inferior mediante dos implantes con fijaciones tipo O´ring. El presente caso se documenta para demostrar que no hay contraindicación en la atención de un paciente con este síndrome tanto para la rehabilitación protésica removible como para la colocación y pronóstico favorable de un tratamiento con implantes óseointegrados. |

| | |
|----------------|---|
| ID | 04 |
| Título | Manejo multidisciplinario del paciente diagnosticado con el Síndrome de Sjögren |
| Ref. | Rivera H. et al. 2009 |
| Resumen | Entre las principales manifestaciones bucales se encuentran la xerostoma, mucositis, glositis, queilitis, candidiasis atrófica y úlceras crónicas producidas por el flujo salival disminuido. Entre otras alteraciones se incluye la enfermedad periodontal, principalmente la gingivitis. Dependiendo de la severidad de la enfermedad podemos encontrar un número elevado de caries cervicales. Se presenta por primera vez una revisión de las diferentes alternativas de tratamiento tanto local como sistémico para las manifestaciones bucales del síndrome, así como, el manejo multidisciplinario dirigido hacia el tratamiento periodontal, caries dental y protésico. |

| | |
|----------------|--|
| ID | 05 |
| Título | Prótesis dental completa fija mandibular soportada por implantes en un paciente con síndrome de Sjogren: reporte de un caso. |
| Ref. | Spinato S. et al. 2010 |
| Resumen | El artículo describe el tratamiento y seguimiento de 1 año de un paciente con síndrome de Sjögren, tratado con 6 implantes mandibulares intraforaminales con carga diferida y una prótesis fija retenida por implantes. El arco maxilar ha sido tratado con una dentadura completa. Esto supuso una enorme diferencia en cuanto a comodidad y funcionalidad para el paciente. Los controles radiográficos no revelaron ninguna pérdida ósea periimplantaria después de 1 año de carga. |

| | |
|----------------|---|
| ID | 06 |
| Título | Manejo clínico Odontológico integral del paciente con síndrome de Sjögren |
| Ref. | Rojas S. et al. 2014 |
| Resumen | La deficiente calidad y cantidad de saliva trae consecuencias devastadoras para la salud dental y bucal, alteraciones del esmalte, caries en las superficies dentarias expuestas, principalmente cervicales, fallas en la adhesión de los materiales obturadores, queratosis en las mucosas, síndrome de boca urente y discomfort en el uso de prótesis dentarias, a pesar de un manejo exhaustivo del medio bucal. |

| | |
|----------------|--|
| ID | 07 |
| Título | Afectación oral en el paciente con Síndrome de Sjögren primario. Manejo multidisciplinar entre odontólogos y reumatólogos |
| Ref. | López-Pintor R, et al. 2015 |
| Resumen | La sequedad oral dificulta que el paciente hable, deguste y mastique correctamente, lo que disminuye la calidad de vida del enfermo. Los signos y síntomas orales más frecuentes son la hiposialia con o sin xerostomía, la caries dental, las infecciones fúngicas, las lesiones orales traumáticas, la disfagia, la disgeusia y la inflamación de las glándulas salivales. Existen distintas estrategias terapéuticas en función de la gravedad de cada caso que aumentan la cantidad de saliva y disminuyen el número de caries e infecciones orales. |

| | |
|----------------|---|
| ID | 08 |
| Título | Rehabilitación oral mediante implantes dentales en paciente con Síndrome de Sjögren |
| Ref. | Medina D. 2016 |
| Resumen | Paciente de 65 años de edad diagnosticada con SS hace 8 años; la cual presenta múltiples caries y restos radiculares en dientes mandibulares y maxilares, a la cual se indican exámenes radiográficos y médicos, se realizan exodoncias múltiples en sector inferior y en el mismo acto quirúrgico se instalan cinco implantes, se esperan tres meses para permitir la oseointegración para posteriormente rehabilitar con una prótesis sobre implantes tipo ad-modum en palafito y en el sector superior se rehabilitará con resinas compuestas previo encerado diagnóstico y prueba de Mock-up para llegar al plano oclusal y así recuperar funcionalidad y estética. |

| | |
|----------------|--|
| ID | 09 |
| Título | La saliva y sistemas adhesivos alternativos para prótesis total |
| Ref. | Méndez J. et al. 2017 |
| Resumen | El objetivo de esta revisión es exaltar las propiedades de la saliva como adhesivo natural y la posibilidad de mejorar la retención de las prótesis, cuando estas no poseen la capacidad de asegurar resultados deseados mediante sistemas adhesivos complementarios, que son una alternativa segura y efectiva. |

| | |
|----------------|--|
| ID | 10 |
| Título | Manejo estomatológico de pacientes con síndrome de Sjögren |
| Ref. | Zaldívar pupo O. et al. 2018 |
| Resumen | 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 <i>Sjögren</i> , pues estos requieren un manejo estomatológico especial. |

| | |
|----------------|--|
| ID | 11 |
| Título | Prótesis total con reservorio salival en un paciente con Síndrome de Sjögren |
| Ref. | Matiz Cuervo J. 2018 |
| Resumen | Describir el caso de un paciente con síndrome de Sjögren a quien se le elaboró una prótesis con reservorio salival para disminuir síntomas orales. |