



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**REHABILITACIÓN PROTÉSICA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE
SJÖGREN. UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ.**

Autor(es) Karla Elbazi
Paola Viñas

Urb. Yuma II, 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 SÍNDROME DE
SJÖGREN. UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ.**

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de
ODONTÓLOGO

Autor(es): Karla Elbazi C.I 26.948.874

Paola Viñas C.I 27.063.289

Tutor(a): Delbia Terán

San Diego, Abril del 2021



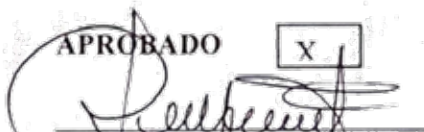
ACTA DE APROBACIÓN

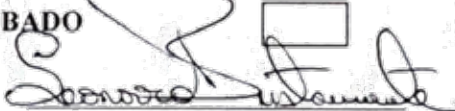
INFORME FINAL DE PASANTÍA


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 SÍNDROME DE SJÖGREN. UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ.**

Realizado por el (la) Br. Karla Elbazi, titular de C.I N° V- 26.948.874, cursante de la carrera de Odontología, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que el Trabajo de Grado ha obtenido la calificación de: **20puntos.**

APROBADO

Tutor Académico (Coordinador)
Nombre: Od. Esp. Delbia Terán
C.I.: 7.089.070

NO APROBADO

El Jurado
Jurado
Nombre Od. Leonard Bustamante
C.I.: 13.663.369


Jurado
Nombre: Od. Esp. Erica Perozo
C.I.: 23.649.876



Fecha: 22 de abril 2021



ACTA DE APROBACIÓN

INFORME FINAL DE PASANTÍA

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 SÍNDROME DE SJÖGREN. UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ.**

Realizado por el (la) Br. **VIÑAS REYES, PAOLA PATRICIA**, titular de C.I N° **V- 27.063.289**, cursante de la carrera de Odontología, hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que el Trabajo de Grado ha obtenido la calificación de: **20 puntos.**

APROBADO

NO APROBADO

Tutor Académico (Coordinador)
Nombre: Od. Esp. Delbia Terán
C.I.: 7.089.070

El Jurado

Jurado
Nombre: Od. Esp. Erica Perozo
C.I.: 23.649.876

Jurado
Nombre: Od. Leonard Bustamante
C.I.: 13.663.369



Fecha: 22 de abril 2021



**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, Delbia Terán, portador(a) de la cédula de identidad N° V-7.089.070, en mi carácter de tutor (a) del trabajo de grado presentado por el (la) los ciudadano(a) Karla Elbazi y Paola Viñas, portador(es) de la cédula de identidad N° V- 26.948.874 y N° V- 27.063.289, titulado **“REHABILITACIÓN PROTÉSICA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN. UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ”** 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 22 días del mes de Abril del año dos mil veintiuno.

Delbia Terán
C.I N° V- 7. 089.070

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el que nos dio la fuerza para continuar este proceso de conseguir uno de las metas más anheladas. A nuestras familias, por estar siempre presente, por su amor incondicional, trabajo y sacrificio todos estos años, estamos agradecidas de que nos acompañaron y apoyaron; por ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos; es un orgullo y privilegio ser sus hijas, son los mejores padres. A todos nuestros profesores por brindarnos sus conocimientos y ayuda en todo momento. A nuestros compañeros de estudio, gracias por formar parte de esta etapa, por su ayuda en los momentos difíciles donde poco a poco se han convertido en nuestra segunda familia. Por último, a nosotras, por nuestra entrega y dedicación para alcanzar nuestros objetivos, por cada día de compromiso y esfuerzo que nos hicieron crecer como personas y profesionales, por permitirnos ser compañeras en este proceso tan importante en la vida de cada una, poniéndonos en el lugar de la otra, brindándonos apoyo, comprensión y respeto.

Karla Elbazi y Paola Viñas.

RECONOCIMIENTO

Nos gustaría agradecer a la profesora Delbia Terán, por aceptar ser nuestra tutora académica, por brindarnos sus conocimientos y apoyo en este momento tan importante de nuestras vidas. A la profesora Ervy Weffer por siempre estar pendiente de cada detalle, por encaminarnos y lograr dar lo mejor de nosotras. A nuestra Escuela de Odontología, por ofrecernos su casa de estudio, en donde crecimos y nos preparamos para enfrentar esta carrera llamada vida, por acogernos durante todo este tiempo que ha hecho que se vuelva en nuestro segundo hogar, el cual siempre llevaremos en el corazón y con orgullo nuestra alma mater.

Karla Elbazi y Paola Viñas.

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	pp.
Lista de Cuadros.....	ix
Lista de Gráficos.....	x
Resumen Informativo.....	xi
Abstract.....	xii
Introducción.....	1
Capítulo	
I El Problema.....	4
Planteamiento del Problema.....	4
Objetivos.....	8
Justificación.....	9
II Marco Teórico.....	12
Bases Teóricas.....	12
Bases Legales.....	22
Definición de Términos.....	23
Operacionalización de Variables.....	24
III Marco Metodológico.....	26
Nivel de Investigación.....	26
Tipo de Investigación.....	28
Población y Muestra.....	28
Técnica e instrumento de recolección de datos.....	31
IV Presentación y análisis de Resultados.....	33
V Conclusiones y Recomendaciones.....	40
Conclusiones.....	40
Recomendaciones.....	42
Referencias.....	44
Anexos.....	62
Tabla de Operacionalización de Variables.....	62
Ficha Documental.....	63

LISTA DE CUADROS O TABLAS

CONTENIDO

Cuadro Tablas		pp.
1	Tabla de Operacionalización de Variables	62
2	Ficha Documental	63

LISTA DE GRAFICOS Y FIGURAS

CONTENIDO

Grafico Figuras		pp.
1	Artículos incluidos en la ficha documental	33
2	Artículos por año de publicación	34
3	Artículos según el país de origen	35



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



REHABILITACIÓN PROTÉSICA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN. UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ.

Autor(es): Karla Elbazi y Paola Viñas

Tutor(a): Delbia Terán

Fecha: Abril 2021

RESUMEN

El Síndrome de Sjögren es una enfermedad caracterizada por la exocrinopatía de las glándulas salivales y lagrimales produciendo una hipofunción glandular, que conlleva a la manifestación de signos y síntomas que contrarrestan la salud bucal. Parte de estas manifestaciones pueden perjudicar a la hora de realizar una rehabilitación protésica, debido a la disminución de la secreción salival que es el principal síntoma de este síndrome y la hipofunción glandular, lo cual interfiere en la adaptación idónea de la prótesis dental. Esta manifestación y el hecho de que este síndrome posea una baja prevalencia, hace que exista poco interés en su diagnóstico y tratamiento; por ello este trabajo de investigación tiene como objetivo recolectar y analizar una serie de datos tomados por parte de revistas científicas para establecer el manejo clínico odontológico de los pacientes con Síndrome de Sjögren, así como debatir sus manifestaciones clínicas y considerar el tipo de rehabilitación; con el propósito de crear una revisión literaria y aportar la información necesaria sobre esta patología, por lo tanto, este tipo de investigación consiste en un diseño de investigación documental, de tipo revisión bibliográfica, cuya línea de investigación se centra en la odontología clínica y correctiva, cuyos resultados destacan el papel fundamental que tiene la saliva según el tipo de rehabilitación protésica, demostrando que la rehabilitación con implantes es la más adecuada en estos casos, concluyendo con la importancia que hay en realizar una evaluación e historia clínica exhaustiva para conseguir un correcto diagnóstico y posterior tratamiento en estos pacientes.

Descriptores: Síndrome de Sjögren, Xerostomía, Saliva, Rehabilitación protésica.



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



PROSTHODONTIC REHABILITATION IN PATIENTS WITH SJÖGREN SYNDROME. UNIVERSITY JOSÉ ANTONIO PÁEZ.

Autor(a): Karla Elbazi
Paola Viñas

Tutor(a): Delbia Terán
Fecha: Abril 2021

Summary

Sjögren Syndrome is a disease characterized by salivary and tear gland exocrinopathy, resulting in a glandular hypofunction, leading to the manifestation of signs and symptoms that will counteract oral health. Some of these manifestations may be detrimental to prosthetic rehabilitation due to decreased salival secretion, which is the main symptom of this syndrome and glandular hypofunction, which interferes with the appropriate adaptation of the dental prosthesis. This manifestation and the fact that this syndrome has a low prevalence, makes there is little interest in its diagnosis and treatment; The present research work therefore aims to collect and analyze a series of data taken by scientific journals to establish the dental clinical management of patients with Sjögren syndrome, and to discuss their clinical manifestations and consider the type of rehabilitation; For the purpose of creating a literary review and providing the necessary information on this pathology, therefore, this type of research consists of a documentary research design, of a bibliographic review, whose line of research focuses on clinical and corrective dentistry, whose results highlight the fundamental role of saliva according to the type of prosthetic rehabilitation, demonstrating that implant rehabilitation is the most appropriate in these cases, concluding that it is important to carry out an exhaustive assessment and medical history in order to achieve a proper diagnosis and subsequent treatment in these patients.

Descriptores: Sjögren's Syndrome, Xerostomy, Saliva, Prosthodontic rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Sjögren es una enfermedad inflamatoria autoinmune caracterizada por la destrucción del parénquima glandular de las glándulas salivales, lagrimales y de las glándulas mucosas de las vías respiratorias y genitales; esta destrucción de las glándulas produce una disminución progresiva de sus secreciones, dando como principales síntomas la xerostomía y la xeroftalmía. Por lo tanto, con respecto a la cavidad bucal, esta patología produce numerosas repercusiones orales que pueden alterar la salud bucal hacia un pronóstico deficiente, induciendo desde un alto índice de caries dental, lesiones bucales e incluso una adaptación errónea de las prótesis dentales removibles; siendo esta patología caracterizada por la limitación de varios procesos funcionales derivados de un proceso inflamatorio sistémico que puede afectar distintos y diversos órganos.

A pesar de su gran consideración en relación a las repercusiones que ésta puede inducir, el Síndrome de Sjögren no posee un carácter distinguido por ser una patología de baja prevalencia, lo cual conlleva a que un índice de estudiantes y futuros profesionales de la salud carezcan de información de dicha afección inflamatoria en relación con la salud bucal y su tratamiento. Por ende, lo antes expuesto, enmarca el interés de este trabajo y justifica la realización del mismo, cuyo objetivo se basa en proveer un mejor manejo de información sobre esta patología, sus repercusiones y el plan de tratamiento a seguir ante una afección de la salud bucal,

incluyendo como deberá ser el manejo odontológico ante un paciente con síndrome de Sjögren que requiere rehabilitación protésica.

El presente trabajo se estructura en capítulos:

- **Capítulo I:** El Problema, que hace referencia al planteamiento del mismo, donde la problemática abarca el desinterés y poco conocimiento ante el Síndrome de Sjögren y por consiguiente al manejo clínico odontológico adecuado que se le aplica al mismo, la formulación de éste (preguntas de la investigación), la presentación del objetivo general que sería conocer la información necesaria para establecer cuál es el manejo clínico odontológico apropiado que se debe indicar en pacientes que padecen de Síndrome de Sjögren que requieran de una rehabilitación protésica, incluyendo los objetivos específicos relacionados; la justificación e importancia de la investigación, el alcance y delimitaciones, concluyendo con la determinación del área y línea de investigación que se centra en la odontología clínica y correctiva. Seguidamente él:

- **Capítulo II:** Marco Teórico, el cual incluye los principales indicadores a investigar añadidos a las bases teóricas que se basan en elementos conceptuales que servirán de base para explicar el problema planteado de acuerdo con los objetivos trazados, siendo estos relacionados al Síndrome de Sjögren, su etiología, manifestaciones clínicas y bucales y a la rehabilitación protésica, incluyendo la importancia e impacto que tiene el fluido salival sobre esta; seguido de las bases legales, que se basan en elementos de orden jurídico que sustentan de forma legal el desarrollo del proyecto; así mismo la incorporación de términos básicos y para cerrar este capítulo se integró la conceptualización y operacionalización de las variables. De igual modo él:

- **Capítulo III:** Marco Metodológico, el cual muestra aspectos inherentes a la naturaleza, como por ejemplo el nivel del mismo siendo cualitativo, el diseño documental y el tipo de la investigación siendo esta una revisión bibliográfica, incluyendo aspectos como la población y muestra, los criterios de inclusión y exclusión, la técnica e instrumento de recolección de datos, el procesamiento y la técnica de análisis de resultados; es decir, este capítulo agrupa el establecimiento de los pasos del diseño, las medidas y técnicas usadas en la recaudación de los datos.
- **Capítulo IV:** Análisis y discusión de los resultados, el cual nos brinda un análisis crítico y reflexivo de la información.
- **Capítulo V:** Conclusiones y recomendaciones; donde se brinda un resumen de los principales resultados o aportes más significativos de la revisión realizada; y recomendaciones que surgen como consecuencia de la revisión de literatura.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune, crónica e inflamatoria caracterizada por la exocrinopatía de las glándulas lagrimales y salivales conllevando a la hipofunción glandular produciendo como consecuencia y principales síntomas la xeroftalmía y la xerostomía. En la cavidad bucal, la saliva es el fluido de gran importancia por sus múltiples propiedades y funciones en la mucosa bucal y estructuras dentales, ya que facilita el movimiento de la lengua, mucosas y labios incrementando la limpieza fisiológica de la boca, la fonación y contribuyendo a la formación y transporte del bolo alimenticio permitiendo a su vez la masticación, deglución y digestión del mismo. Debido a que la saliva forma parte de la inmunidad innata, la disminución de su secreción proteica, tanto en calidad como en cantidad, puede desencadenar numerosas manifestaciones devastadoras para la salud bucal y dental, tales como caries dental, candidiasis, enfermedad gingival, queilitis angular, disfagia, lengua eritematosa o fisurada, síndrome de boca urente, atrofia papilar e incomodidad en el uso de prótesis dentales.

Estas manifestaciones bucales en los pacientes con este síndrome requieren de un manejo odontológico especial, volviendo a este especialista un papel fundamental en el control y mantenimiento de estas secuelas perjudiciales en la

salud bucal. Por ello el conocimiento de esta enfermedad es la clave del éxito del tratamiento por el odontólogo, quien actualmente fracasa en su labor por fallas en su diagnóstico y desconocimiento acerca de un protocolo de tratamiento acertado. ¹

Este Síndrome es considerado una enfermedad subdiagnosticada debido a que posee un leve retraso en el diagnóstico de la misma, ya que se caracteriza por ser de progresión lenta, que inicia desde la aparición del primer síntoma hasta la expresión plenamente sintomática donde el diagnóstico definitivo se puede dar entre los 8 a 10 años de su padecimiento donde puede generar un impacto significativo a nivel físico, psicológico y económico del paciente. Este fracaso en el diagnóstico y manejo del tratamiento corresponde a la indiferencia que existe en el personal de la salud sobre esta enfermedad, ya que esta posee una baja prevalencia donde a nivel mundial solo el 0,1 – 3% de la población la padecen lo que conlleva a su poca atención y notoriedad, donde generalmente el sexo femenino con una relación de 9:1 es el que más la padece, siendo el grupo más susceptible comprendido entre los 35-45 años de edad ².

En Latinoamérica se han realizado estudios en pacientes que padecen de este síndrome, donde en Brasil la terapia dental implica el control de las lesiones cariosas, enfermedad periodontal, infecciones oportunistas fúngicas, el uso de soluciones ricas en flúor, saliva artificial y su seguimiento a largo plazo. Mientras que en Chile, en la Clínica Odontológica del Adulto de la Universidad de Chile, se ha considerado que el tratamiento odontológico

integral de estos pacientes es más amplio y se deben tener consideraciones especiales con ellos antes, durante y después de todo el tratamiento, es por eso que se propone un plan de tratamiento odontológico de pacientes con Síndrome de Sjögren basado en CAMBRA¹.

En Venezuela, en el año 2009 se realizó un estudio de prevalencia de esta enfermedad, donde se encontró que de un total de 16 pacientes con diagnóstico presuntivo de Síndrome de Sjögren, 13 fueron del sexo femenino y solo 3 del sexo masculino², demostrando una vez más la poca notoriedad que posee dicho síndrome, lo cual conlleva a que los estudiantes universitarios de este ámbito científico demuestren indiferencia ante esta patología, llegando a desconocer las secuelas que esta puede producir logrando un impacto perjudicial en la salud bucal de las personas que la padecen e ignorando cual debe ser el manejo clínico odontológico conveniente ya sea integral como el tratamiento protésico adecuado.

Debido a la indiferencia que existe sobre la importancia de esta enfermedad, los estudiantes de Odontología de la Universidad José Antonio Páez tienden a suprimir la evaluación adecuada del flujo salival durante la formación de historia clínica, donde pasan por alto la apreciación de su presencia, consistencia y color, lo cual además de evitar la percepción de un posible diagnóstico, puede conllevar al futuro fracaso de un tratamiento protésico. Por tal motivo es de suma importancia y valor la correcta inspección de la saliva; esto se debe a que el flujo salival, como se comentó anteriormente, cumple con

grandes propiedades que intervienen a mantener una adecuada salud bucal y asimismo participa en el logro de una rehabilitación protésica removible, que consta de principios biomecánicos esenciales para cumplir la recuperación funcional, estética y psicológica de un paciente, estos principios son la retención, el soporte y la estabilidad. La saliva cumple un papel fundamental en la retención de las prótesis dentales como "adhesivo natural", ya que al humedecer las paredes de las mismas permite la cohesión, adhesión y tensión entre las superficies incrementando la retención de dicha prótesis, por lo cual la disminución de la misma juega un papel de principal preocupación al momento de una rehabilitación protésica.

Dado a la gran influencia que tiene la secreción salival en relación a la rehabilitación protésica y a la baja prevalencia y notoriedad que el Síndrome de Sjögren posee, surgen las siguientes interrogantes:

¿Cuál es el pronóstico de un paciente con Síndrome de Sjögren que requiere rehabilitación protésica?

¿Es semejante el manejo clínico odontológico de un paciente que padece de Síndrome de Sjögren en relación a uno que no?

¿De qué manera se puede inspeccionar la aparición de esta patología para deducir un presunto diagnóstico?

Formulación del Problema

¿De qué manera se puede lograr el aprendizaje del correcto manejo clínico odontológico de un paciente con Síndrome de Sjögren?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Analizar el manejo clínico odontológico en pacientes con Síndrome de Sjögren que requieran de una rehabilitación protésica según la literatura.

Objetivos Específicos

1. Conocer el Síndrome de Sjögren, sus manifestaciones clínicas y bucales así como su distribución epidemiológica.
2. Develar el tipo de rehabilitación protésica en pacientes con Síndrome de Sjögren.
3. Identificar el manejo odontológico en pacientes con disminución salival.
4. Comprender la importancia del flujo salival en una rehabilitación protésica.
5. Describir la calidad de vida de un paciente con Síndrome de Sjögren.

Justificación e importancia

La disminución salival conlleva a la aparición de manifestaciones que perjudican la salud bucal, esto es de gran valor e importancia para los seres humanos ya que la baja notoriedad de esta patología puede contribuir a secuelas devastadoras para aquellas personas que la padecen. Por ello es fundamental que la sociedad y los profesionales de la salud guíen su atención a esta patología, para de esta manera comprender su manejo integral y tratamiento protésico, favoreciendo a los pacientes que la padecen, a los estudiantes de Odontología, así como a los docentes y a toda la comunidad.

A nivel institucional esta investigación le garantiza a los estudiantes de odontología de la Universidad José Antonio Páez el aprendizaje y la adquisición de conocimientos de métodos factibles para establecer un adecuado manejo clínico odontológico de un paciente que padece de disminución salival, garantizando así la formación del profesional de la salud, el cual estará preparado y contará con los conocimientos específicos para poder conducirse de manera exitosa en su vida profesional, logrando identificar patologías y establecer la diferencia e importancia del Síndrome de Sjögren y la xerostomía, incluyendo las consecuencias que implican y el manejo de estas.

A nivel teórico permite la difusión de temas de gran valor relacionados a la conveniencia que implica mantener un flujo salival adecuado, para así establecer su importancia, sus beneficios, el gran impacto que produce en la salud bucal de las personas y su íntima relación con el éxito de una

rehabilitación protésica. El correcto manejo de un paciente con Síndrome de Sjögren a nivel social logrará contribuir favorablemente a toda aquella población que la padece o presentan síntomas similares en relación a la xerostomía, actuando notoriamente en la identificación de esta enfermedad para contribuir al bienestar bucal y psicológico del paciente, donde el confort y la comodidad son los factores principales de este procedimiento.

Delimitación de la Investigación y Alcance de la Investigación

El presente trabajo se enfocará en la profundización del problema de estudio, cuyo alcance y propósito será ampliar e indagar extensamente el conocimiento de la investigación, el cual se centra en el correcto manejo clínico odontológico enfocado en el área de rehabilitación protésica ante el padecimiento del Síndrome de Sjögren, indagando ante sus repercusiones y posterior a ello el correcto manejo del mismo para conseguir la capacitación idónea de los futuros profesionales de la salud ante esta afección al encontrarse ante un caso de requerimiento protésico.

Las limitaciones de esta investigación se centran en que como se está hablando sobre una patología de baja prevalencia y notoriedad, la cantidad de trabajos científicos de la misma puede ser limitante conllevando a que el proceso de investigación no sea tan amplio, sin embargo no se vuelve irrealizable gracias a la búsqueda de las variables a la que esta investigación está relacionada.

Determinación de Área y Línea Investigación

La presente investigación está vinculada en el área de investigación de interacción comunitaria, en la unidad de investigación en atención odontológica integral con pertinencia social, cuya línea de investigación se centra en la odontología clínica y correctiva.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

El concepto de marco teórico está relacionado al conjunto de teorías, ideas y procedimientos que servirán para llevar a cabo una investigación. Hernández Sampieri (2008) señala que este es un compendio escrito de artículos, libros y otros documentos que describen el estado pasado y actual del conocimiento sobre el problema de estudio. Este nos ayuda a documentar cómo nuestra investigación agrega valor a la literatura existente ³. En tal sentido Tamayo (2012) indica que este marco nos amplía la descripción del problema, integra la teoría con la investigación y sus relaciones mutuas⁴. Conociendo que, al construir un marco teórico debemos concentrarnos en el problema de investigación que nos ocupa, sin divagar en otros temas ajenos al estudio.

Bases Teóricas

Síndrome de Sjögren:

Es una enfermedad inflamatoria crónica y autoinmune, caracterizada por la infiltración de las glándulas exocrinas por linfocitos y células plasmáticas, los cuales están implicados en la destrucción del parénquima glandular ⁵. Por ello las principales manifestaciones de este trastorno son disfunciones de las glándulas salivales y lagrimales, produciendo la sequedad generalizada de las mucosas. La participación de las glándulas exocrinas no se limita sólo a las

salivales y lagrimales, también puede implicar a las glándulas del aparato respiratorio, gastrointestinal, vaginal y piel, lo que puede producir sequedad de nariz, garganta, tráquea y atrofia de la mucosa esofágica, gastritis atrófica o pancreatitis subclínica².

Este síndrome puede manifestarse de dos formas, el Síndrome de Sjögren Primario donde se observan afectadas las glándulas salivales y lagrimales provocando la aparición de xerostomía y queratoconjuntivitis seca. Y como Síndrome de Sjögren Secundario, en donde además de estos síntomas de reseca, se encuentran enfermedades del tejido conjuntivo asociadas tales como artritis reumatoide, lupus eritematoso y esclerosis sistémica progresiva.

El Síndrome de Sjögren (SS) fue descrito por primera vez en 1933 por el oftalmólogo sueco Henrick Sjögren, que publicó 19 casos de mujeres que presentaban sequedad ocular y en su gran mayoría artritis reumatoide. En su monografía el Dr. Sjögren concluye sobre las bases de una amplia investigación clínica y anatomopatológica que este síndrome es consecuencia de una patología sistémica generalizada.⁶

Etiología:

Este síndrome es un trastorno inmune que puede ser causado por una combinación de factores genéticos y ambientales. En primer lugar se tiene en consideración que la predisposición genética para el desarrollo del SS estaría relacionada con la existencia de una historia familiar en los pacientes, donde se

pueden presentar antígenos leucocitarios específicos y tienen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. Otro factor predisponente a esta enfermedad son los virus quienes pueden promover la producción de autoanticuerpos a través de mimetismo molecular, dando lugar a una reacción cruzada de reactivos inmunes con los antígenos del huésped. Algunos de los virus que han sido implicados en el desarrollo de SS son el Citomegalovirus, Epstein-Barr, Hepatitis C, linfoma y VIH.

La relación entre los andrógenos y estrógenos que regulan la respuesta inmune también son un punto importante en la etiología de esta enfermedad, ya que los estrógenos quienes regulan el crecimiento linfocitario, su diferenciación y proliferación, tienden a disminuir durante la menopausia y es cuando más susceptibles son las mujeres a desarrollar SS, lo cual explica porque este género es el más prevalente a padecer de esta enfermedad.

Cualquiera de estos factores tienen la capacidad de producir una infiltración linfocitaria (Linfocitos TCD4) y de células plasmáticas a las glándulas exocrinas contribuyendo a la formación de anticuerpos que desencadenaran una hipofunción glandular, manifestando la aparición de este síndrome. Básicamente se describen cuatro eventos comunes en los pacientes con este síndrome, que explica la etiopatogenia del mismo:

1. El inicio por un factor exógeno.
2. Alteración de las células epiteliales de la glándula salival.

3. La migración de los linfocitos T-CD4+ y la infiltración linfocitaria de las glándulas exocrinas, salivales, lagrimales, y otras.
4. La formación de estructuras tipo centros germinales que contienen células dendríticas foliculares, células B proliferantes e hiperactividad de esos linfocitos B con la producción de factor reumatoide y anticuerpos Ro⁵.

Manifestaciones Clínicas:

Las principales consecuencias del Síndrome de Sjögren, es la xeroftalmía y la xerostomía, dando como resultado una queratoconjuntivitis seca por la disminución lagrimal, y manifestaciones bucales por la disminución del flujo salival. En cuanto a las características de la queratoconjuntivitis seca, el paciente refiere malestar, sensibilidad a la luz, las sensaciones de tener algo en el ojo, sequedad, inflamación y enrojecimiento.

En la mayoría de los pacientes se evidencian las glándulas parótidas o submandibulares levemente aumentadas de tamaño, firmes e indoloras, esto principalmente en pacientes que padecen de Síndrome de Sjögren primario ². La saliva posee un aspecto espumoso, espeso y no se tiende a observar una acumulación de esta en el piso de boca, la mucosa bucal tiende a apreciarse seca, pegajosa y a veces ulcerada, la lengua se presenta roja, seca, depapilada y fisurada y en algunos casos con atrofia de las papilas filiformes ⁵.

Estas características de las mucosas y la xerostomía determinan en los pacientes la ageusia y un alto riesgo de infecciones recurrentes por cándida, a

menudo asociado a síndrome de boca urente ⁵. A su vez aumentan también la incidencia de caries y su severidad, sensación de boca seca, en algunos casos síndrome de boca urente, dificultad para masticar, disfagia, dificultar para hablar y disgeusia.

Manejo Odontológico de pacientes con Diversidad Funcional

La diversidad se define como un término genérico, que incluye deficiencias de las funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación e interacción entre un individuo y su entorno. Una deficiencia puede deberse a alguna enfermedad congénita, una alteración del desarrollo, procesos degenerativos como el Alzheimer o el Parkinson, enfermedades graves o accidentes; que genera una disminución o ausencia de capacidad dentro de los límites normales, que colocan al individuo en una situación de desventaja social. Los pacientes con necesidades especiales tienen una mayor prevalencia de enfermedades bucodentales como caries, pérdida dental prematura, enfermedad periodontal, hábitos parafuncionales y maloclusiones ⁷.

Se entiende por diversidad a la restricción o ausencia total de una determinada actividad, en el caso de los pacientes con Síndrome de Sjögren, aunque estos no son considerados como personas especiales, ellos presentan la consecuencia de poseer una producción anormal de secreciones, ya sea en disminución o en ausencia total, por ello se les debe considerar que formen parte del manejo de

pacientes con diversidades, ya que al poseer de esta restricción de su función contribuye a que su manejo clínico conste de métodos especiales para su éxito. Hoy en día el profesional necesita desarrollar estrategias que conduzcan a responder a estímulos de su entorno menos frecuentes. En ciencias de la salud, el odontólogo tiene la necesidad de adaptarse al trato de personas que presentan una situación de diversidad funcional, quienes requieren de atención, manejo médico y uso de asistencias o programas especializados en salud para proveer un trato específico hacia su condición.

El hecho de que estos pacientes con Síndrome de Sjögren deban ser partícipes en una atención especial se debe a que gracias a la disminución salival que poseen tienden a presentar secuelas o manifestaciones que perjudican la salud bucal de los mismos, esto se puede resumir a la alta prevalencia de caries dentales, presencia de lesiones devastadoras en la mucosa bucal y un alto índice de presentar infecciones bucales que hace que el especialista busque estrategias o métodos para lograr que la salud bucal de estos pacientes sea óptima.

Rehabilitación

Se define como rehabilitación como un conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos con condiciones de salud en la interacción con su entorno, dichas condiciones se refieren a enfermedades, trastornos, lesiones o traumatismos.

En el área de odontología tenemos como referencia la rehabilitación protésica el cual es considerada como un ámbito multidisciplinario que tiene como objetivo final la realización de un tratamiento integral donde interactúan distintas disciplinas odontológicas pretendiendo un ideal preventivo, funcional y estético. Se habla de un ámbito multidisciplinario porque se basa de un conjunto de personas, con diferentes formaciones académicas y experiencias profesionales, que operan en conjunto, durante un tiempo determinado, abocados en resolver un problema complejo, es decir, tienen un objetivo común.

La pérdida de uno o más dientes provoca la pérdida de los tejidos de sostén (hueso, encía y ligamento periodontal), cuya importancia de estas modificaciones es directamente proporcional al número de dientes perdidos y al tiempo transcurrido desde la extracción.

- Û En el hueso alveolar pueden ocurrir defectos de la cresta ósea.

- Û En la encía puede haber pérdida de la papilar interdental.

- Û Por la pérdida del ligamento periodontal hay disminución de la propiocepción

La pérdida de todos los dientes puede traer secuelas perjudiciales para la función, estética y salud psicológica del paciente, como por ejemplo:

- Û Colapso de mejillas y labios

- Û Pérdida de tono muscular

- Û Aproximación de la nariz al mentón

- Ü Pliegue en la zona del músculo orbicular de los labios provocando retrusión del labio superior
- Ü El paladar sufre estrechamiento
- Ü La zona de tejidos adiposos y glandulares se vuelve más rígida
- Ü La mucosa del paladar duro y la cresta se adelgaza
- Ü El tejido subepitelial se reduce

Lo cual contribuye a problemas relacionados a la fonación, articulación, estética y psicología del paciente. Por ello el especialista rehabilitador tiene como objetivo la recuperación funcional, estética y psicológica del paciente, mediante el reemplazo de aquellas unidades dentarias perdidas, ya sea por caries, traumatismos, enfermedad periodontal, neoplasias e incluso iatrogenias.

La saliva y su relación con la salud bucal

La saliva es una secreción compleja proveniente de las glándulas salivales que juega un papel fundamental en el mantenimiento de la integridad de las estructuras bucales, en la digestión y en el control de infecciones bucales, donde las variaciones de su fluido pueden verse afectadas por múltiples factores fisiológicos y patológicos, de forma reversible o irreversible. En cuanto a la incidencia de caries, la saliva cumple un papel en la protección frente a estas, el cual se puede concretar en los siguientes aspectos:

Ü Dilución y eliminación de los azúcares y otros componentes:

Una de las funciones más importantes de la saliva es la eliminación de los microorganismos y de los componentes de la dieta de la boca. Existen estudios que establecen que tras la ingesta de carbohidratos la concentración de azúcares en la saliva aumenta exponencialmente, primero de una forma muy rápida y luego más lentamente. Esto se debe a que la presencia de azúcares en la cavidad bucal estimula la respuesta secretora de las glándulas salivales permitiendo un volumen más alto del fluido salival el cual aumentará la velocidad de eliminación de los azúcares.

Ü Capacidad amortiguadora o buffer:

La capacidad amortiguadora es la habilidad de la saliva para contrarrestar los cambios de pH. Esta propiedad ayuda a proteger a los tejidos bucales contra la acción de los ácidos provenientes de la comida o de la placa dental, por lo tanto, puede reducir el potencial cariogénico del ambiente. El principal amortiguador de la saliva es el bicarbonato, cuya concentración variará de acuerdo al flujo salival, el fosfato y las proteínas también actúan como amortiguadores salivales ⁸.

Ü Equilibrio entre la desmineralización y la remineralización:

La lesión de caries se caracteriza por una desmineralización subsuperficial del esmalte, el proceso de esta se inicia por la fermentación de los carbohidratos que realizan las bacterias y la consiguiente producción de ácidos orgánicos que reducen el

pH de la saliva y de la placa. En el equilibrio dinámico del proceso de la caries la sobresaturación de la saliva proporciona una barrera a la desmineralización y un equilibrio de la balanza hacia la remineralización, dicho equilibrio se ve favorecido por la presencia del flúor.

Si bien la cantidad de saliva es importante, también lo es la calidad de la misma, ya que cada uno de sus componentes desempeña una serie de funciones específicas, cumpliendo un papel como alternativa de un diagnóstico de algunas enfermedades, también es usada para monitorear la evolución de determinadas patologías. Cuando la cantidad del flujo salival se ve disminuido, se habla entonces de una hiposalivación, esta disminución afecta de manera muy significativa a la calidad de salud bucal de un individuo, donde se presentan síntomas como sensación de boca seca o xerostomía, sed frecuente, dificultad para tragar, dificultad para hablar, dificultad para comer alimentos secos, necesidad de beber agua frecuentemente, dificultad para llevar prótesis, dolor e irritación de las mucosas, sensación de quemazón en la lengua y disgeusia. Donde los signos más frecuentemente encontrados debido a esta hipofunción son la pérdida del brillo de la mucosa bucal, sequedad de las mucosas que se vuelven finas y friables, fisuras en el dorso de la lengua, queilitis angular, saliva espesa, aumento de la frecuencia de infecciones bucales especialmente cándida, presencia de caries en lugares atípicos y aumento de tamaño de las glándulas salivales mayores.

Bases Legales

Toda investigación hace referencia al sustento legal en el que se apoya ya sean leyes, reglamentos, normas o decretos. A continuación se hace referencia a algunos textos legales que fundamentan el presente trabajo de investigación, siendo enmarcados en materia de la salud y referidos al bienestar social, mental y físico de la población.

Principalmente, se debe conocer que el derecho de autor es el derecho que posee sobre sus creaciones, el cual nace con el acto de creación y no por el registro de la obra, sin embargo es importante registrarlas para reforzar los derechos morales y patrimoniales del creador. Tomando en cuenta esto, en esta revisión literaria se respetara a los autores que realizaron la investigación y de los cuales se tomaran como referencia los datos e información científica, dándoles derecho a la propiedad de su contenido, garantizando lo expuesto en sus artículos científicos en las conclusiones de este trabajo. Donde de acuerdo a lo establecido en el artículo 25 de la Ley sobre Derecho de Autor, este dura toda la vida y se extingue a los sesenta años contados a partir del primero de enero del año siguiente a su muerte, incluso respecto a las obras no divulgadas durante su vida, por ende la extinción de los derechos de explotación de las obras determina su paso al dominio público, es decir que las obras podrán ser utilizadas por cualquier persona, siempre que se respete los derechos morales del autor⁹.

Por ello se establece que en los artículos científicos, encaja el concepto de obra en colaboración, entendida como aquella que es producida con la participación de dos o más personas naturales, cuyos aportes individuales no pueden ser separados. Quiere

decir que no es posible separar alguno de los componentes del producto final sin lesionar la integridad e identidad del mismo. Así, en un artículo científico, donde cada autor ha incorporado conceptos, interpretaciones, dibujos, conclusiones, etc., no es posible extraerlos sin afectar el contenido científico o identificar en ellos a uno de los autores.

Por otro lado, cuando se afirma que un artículo científico es un producto de la investigación científica, o en este caso en el proyecto de investigación, se comprenderá que sin ésta no existirá aquel. Así mismo, que para acceder a la autoría de un artículo y al reconocimiento legal como tal, el grado de participación en el diseño y ejecución del proyecto debe ser tan significativo como la participación en la preparación del manuscrito para publicación. Dando a entender que tanto los autores, como el informe científico y la revista científica obtendrán el reconocimiento que por derechos de autor merecen tener ¹⁰.

Definición de Términos Básicos

Ageusia: Pérdida total de la capacidad de apreciar sabores.¹¹

Asialia: Disminución del flujo salival en estado de reposo.¹²

Disfagia: Condición médica que causa dificultad o imposibilidad absoluta al momento de tragar alimentos sólidos y líquidos.¹³

Disgeusia: Distorsión en la percepción del gusto normal.¹⁴

Exocrinopatía: Enfermedad del Sistema Exocrino.

Glándulas Salivales: Son las glándulas anexas a la boca, siendo la saliva su secreción

Hiposalivación: Disminución considerable del flujo salival por debajo de su cantidad habitual

Síndrome: Conjunto de síntomas o afecciones que se presentan juntos y sugieren la presencia de cierta enfermedad o una mayor probabilidad de padecer de la enfermedad.¹⁵

Queilitis angular: Inflamación aguda o crónica de la piel y mucosa labial contigua en las comisuras de la boca.¹⁶

Xeroftalmia: Enfermedad ocular caracterizada por sequedad persistente de la conjuntiva y opacidad de la córnea.¹⁷

Operacionalización de Variables.

La operacionalización de variables es un proceso metodológico que consiste en descomponer deductivamente las variables que componen el problema de investigación, partiendo desde lo más general a lo más específico; es decir que estas variables se dividen en dimensiones, indicadores o criterios con la finalidad de convertir un concepto abstracto en uno empírico, siendo medido a través de la aplicación de un instrumento.

Añadiendo que, la operacionalización se ubica en las primeras fases de la investigación y, al igual que la delimitación del tema, es un proceso que requiere varias revisiones. Por ello, según Núñez Flores (2007), entendemos

por variable a todo aquello que se va a medir, controlar y estudiar en una investigación, siendo un concepto clasificador ya que asume valores diferentes, los que pueden ser cuantitativos o cualitativos, donde también pueden ser definidos conceptual y operacionalmente.¹⁸

En otras palabras, la operacionalización nos garantiza la coherencia entre las variables involucradas en las hipótesis de trabajo y las porciones de realidad sujetas a medida; así, según Martínez Mediano (2004) agregamos que al analizar y desagregar los atributos y dimensiones de los conceptos se gana en concreción y favorece la precisión en la medición.¹⁸

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

En toda investigación se considera de interés fundamental, que tenga un alto grado de exactitud y confiabilidad. Es por ello, que se define al marco metodológico, según refiere Tamayo y Tamayo (2012), como un proceso que, mediante el método científico, procura obtener información relevante para entender, verificar, corregir o aplicar el conocimiento, dicho conocimiento se adquiere para relacionarlo con las hipótesis presentadas ante los problemas planteados, refiriendo de igual forma que se base de un procedimiento ordenado para “establecer lo significativo de los hechos y fenómenos hacia los cuales está encaminado el interés de la investigación”¹⁹.

Nivel de la Investigación

En consecuencia el marco metodológico de la presente investigación, la cual tuvo como propósito conocer la información necesaria para establecer cuál es el manejo clínico odontológico apropiado que se debe indicar en pacientes que padecen de Síndrome de Sjögren que requieran de una rehabilitación protésica, ubicada en San Diego – edo. Carabobo, ésta es de carácter básico y posee un nivel de conocimiento cualitativo, el cual, González Rey (2007) considera como el escenario social en que tiene lugar el fenómeno de estudio dentro de

todo el conjunto de elementos que lo constituyen, y que a su vez está constituido por él. En una investigación cualitativa "el investigador va construyendo de forma progresiva, y sin seguir ningún otro criterio que no sea su propia reflexión teórica, los diferentes elementos relevantes que se irán configurando en el modelo sobre el problema estudiado" ²⁰. Dando a entender que se interesa en recopilar la información sin analizar datos numéricos, haciendo referencia a la recogida de datos provenientes de observaciones directas al sujeto en estudio, analizando e interpretando el significado de dichos datos siendo estos derivados de entrevistas y observaciones entre otros métodos de recogida de datos, los cuales se llevarán a cabo en esta investigación gracias a la inquietante situación que se presenta al no concernir la gran importancia del conocimiento de esta enfermedad en su profesión.

Diseño de la Investigación

De igual manera, se ha establecido que esta investigación es de diseño documental ya que va dirigido al estudio de problemas con el objetivo de profundizar y ampliar el conocimiento y todo tipo de información de esta patología con apoyo en trabajos y artículos previos, siendo estos divulgados por medio de plataformas digitales como lo son Pubmed, Google Académico y Revistas Odontológicas nacionales e internacionales para su recolecta y posterior interpretación, es decir los datos obtenidos y registrados por otros investigadores serán considerados para el desarrollo de dicha investigación. Siendo este tipo de diseño de investigación basado en

detectar, obtener y consultar la biografía y otros materiales que parten de otros conocimientos y/o informaciones recogidas moderadamente de cualquier realidad, de manera selectiva, de modo que puedan ser útiles para los propósitos del estudio, según Hernández Siampieri³.

Tipo de la Investigación

Asimismo al ser una investigación donde se profundiza el problema de estudio, con el propósito de ampliar e indagar extensamente el conocimiento u objeto de estudio propiamente dicho, esta retoma las características de una investigación de tipo revisión bibliográfica cuya modalidad va dirigida a recopilar información ya existente sobre un tema o problema, lo que en este caso implicó revisar información sobre el Síndrome de Sjögren, sus repercusiones, su manejo odontológico y su relación a la rehabilitación protésica.

Población y muestra

Según Tamayo y Tamayo, se define como población a la totalidad del fenómeno a estudiar donde las unidades poseen una característica en común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación⁴. Para llevar a cabo el desarrollo del presente trabajo de investigación, se consideró como población el número de artículos que cumplen con los indicadores de búsqueda para su consiguiente recolección y recopilación de datos pertenecientes a

múltiples fuentes de información que nos permitirán la ejecución del presente trabajo; tal fue el caso del uso de las plataformas de Google Académico, Scielo, PubMed y Revistas Odontológicas nacionales e internacionales. Por otro lado, los mismos autores definen a la muestra como el grupo de individuos que se toma de la población, para estudiar un fenómeno estadístico⁴. En cuanto a la misma en este trabajo de investigación, se refiere al número total de artículos seleccionados una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión, siendo estos obtenidos en la búsqueda utilizando los operadores booleanos “y” (+), “o” (/), según el siguiente listado de palabras en español e inglés:

Síndrome de Sjögren y sus manifestaciones clínicas - Sjögren's Syndrome and
clinical manifestations

Diagnóstico del Síndrome de Sjögren o Xerostomía - Sjögren's Syndrome
diagnosis or Xerostomy

Las funciones y propiedades de la saliva - Functions and properties of saliva

Manejo y tratamiento del Síndrome de Sjögren - Sjögren's Syndrome
management and treatment

Rehabilitación protésica en pacientes con Síndrome de Sjögren - Prosthodontic
rehabilitation in patients with Sjögren Syndrome

Principios de la Rehabilitación Protésica - Prosthodontic rehabilitation clinical
principles

Impacto de la saliva en la rehabilitación protésica - Impact of saliva in
prosthodontic rehabilitation

Una vez recopilada la documentación, se procedió a efectuar la selección de la muestra, es decir, los documentos de interés según los objetivos formulados anteriormente, mediante la aplicación de los siguientes condicionantes:

Criterios de inclusión:

- Û Que contengan palabras que fueron utilizadas durante la búsqueda, por ejemplo: Rehabilitación protésica, Síndrome de Sjögren, Manejo odontológico.
- Û Que presenten un resumen; criterio que identifica los trabajos científicos de los que no lo son.
- Û Que contengan datos del tema base.
- Û Haber sido publicado en el periodo 2014–2021.

Criterios de exclusión:

- Û Investigaciones previas al año 2014.
- Û Artículos no relacionados con la temática en investigación
- Û Artículos de opinión y no de revistas científicas; investigaciones duplicadas.

En definitiva, la muestra quedó integrada por un total de 50 artículos.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Esta parte de la investigación consiste en recolectar los datos necesarios relacionados a las variables involucradas para la elaboración de la misma, donde según Arias, esta técnica se define como las distintas formas o maneras de obtener la información, donde los instrumentos son los medios materiales que se emplean para la recolección y almacenamiento de dichos datos. ²¹

A partir de ello, se va a definir la técnica o manera de obtener los datos, así como la descripción del instrumento de recolección para la investigación en curso.

Tomando en cuenta los objetivos específicos que tiene esta investigación, los cuales se centran en develar la información sobre el Síndrome de Sjögren, en considerar el tipo de rehabilitación protésica y analizar su manejo clínico, se ha contemplado para esta investigación seleccionar la técnica de observación que consiste en el uso de los sentidos para registrar algún aspecto significativo del fenómeno bajo estudio, siendo este obtenido de los datos e información que formen parte de la ficha bibliográficas o de contenido de los documentos recopilados, para su posterior análisis y comprensión. Esta se ha vuelto la más común de las técnicas de investigación, donde Tamayo y Tamayo refieren que esta sugiere y motiva los problemas y conduce la necesidad de la sistematización de datos.

Por lo tanto, los mismos autores definen la ficha bibliográfica o de trabajo como un elemento de gran valor para una investigación documental, ya que en

ella se manifiesta la capacidad de profundización del investigador de acuerdo al fin que persigue, siendo esta ficha el instrumento que nos permite ordenar y clasificar los datos consultados, incluyendo nuestras observaciones y críticas, facilitando así la redacción del escrito⁴.

Técnicas de análisis de resultados

La aplicación del respectivo instrumento y técnica permitieron la obtención de los datos necesarios, donde una vez seleccionada la muestra se procedió su revisión y lectura, para luego proceder al análisis e interpretación del contenido, los cuales fueron procesados a fin de obtener un resultado en relación a los objetivos de la investigación que engloban ambas variables, siendo la primera el síndrome de Sjögren y la segunda la rehabilitación protésica, debatiendo y obteniendo conclusiones sobre la relación entre ambas, las técnicas de manejo empleadas, el valor e importancia que deben tener en el ámbito científico que concierne a la profesión de la odontología. Profundizando los aspectos e información necesaria de su manejo odontológico, especificando las diferencias e importancia que conlleva un manejo protésico de la mano de un manejo integral, incluyendo el entendimiento del síndrome de Sjögren y las repercusiones que este trae a la salud bucal.

CAPITULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Una vez establecidos los indicadores de búsqueda y los criterios de inclusión y exclusión para la elaboración de la ficha documental para la revisión bibliográfica, se procedió a la elaboración de la presentación gráfica y análisis de la información, con el fin de responder cada uno de los objetivos planteados en los capítulos anteriores.

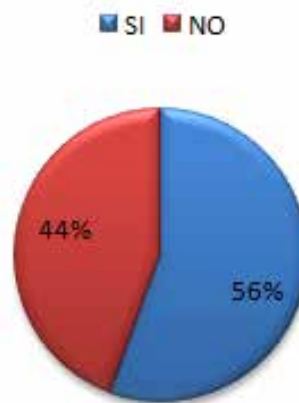


Gráfico 1. Porcentaje de artículos incluidos

Fuente: Elbazi y Viñas (2021)

Durante el proceso de búsqueda y recolección de datos, se encontraron 90 artículos relacionados al tema del presente trabajo de investigación, donde 40 de estos no cumplieron con los criterios de inclusión, ya que no pertenecían al periodo establecido 2014-2021 o no poseían resultados y conclusiones que nos pueda aportar valor científico al presente trabajo. Por lo tanto, fueron 50 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión de esta revisión bibliográfica, representando el 56% de

la población total de artículos encontrados. Entre estos artículos incluidos se distingue uno como el que más correlación tuvo a los objetivos de la presente investigación, el cual se titula “El síndrome de Sjögren y su impacto en la cavidad bucal”, efectuado por Lopes Ines et al ³³, el cual comprende la etiología, características clínicas, tratamiento y prevención del Síndrome de Sjögren, brindando datos útiles y preciados que efectivamente ayudó a esta investigación. (Gráfico 1)

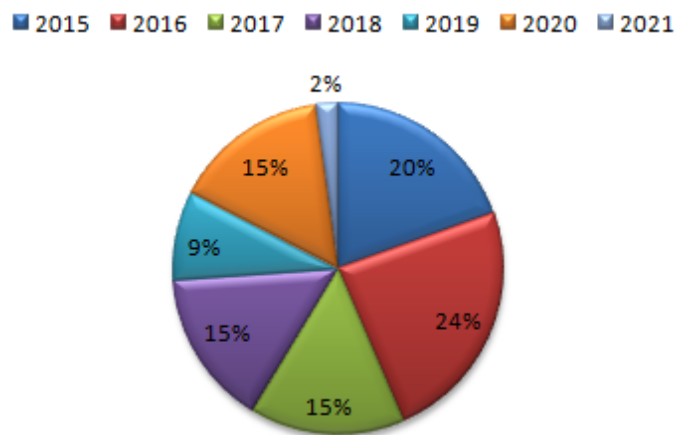


Gráfico 2. Artículos por año de publicación.

Fuente: Elbazi y Viñas (2021)

En la bibliográfica recopilada se observó que el año con más desarrollo de las variables propuestas fue el 2016 con un porcentaje de 24%, donde se integra el artículo realizado por Haraswarupa Guarkar et al ⁴³, titulado “Manejo prostodóntico del paciente con xerostomía: Una modificación de la técnica” donde manifiestan que el tratamiento de la xerostomía se basa en realizar funciones orales para el paciente durante el uso de prótesis dentales, y que para mejorar la retención de la misma se

recomienda el uso de cremas hidratantes orales, depósitos para dentaduras postizas y diversos tratamientos superficiales con el fin de aliviar los efectos de la xerostomía. Además, en la misma bibliografía recopilada se identifico que los años seguidos con mayor número de artículos fueron los años 2015 con un 20% y el 2017, 2018 y 2020 con un 15% cada uno. (Gráfico 2)

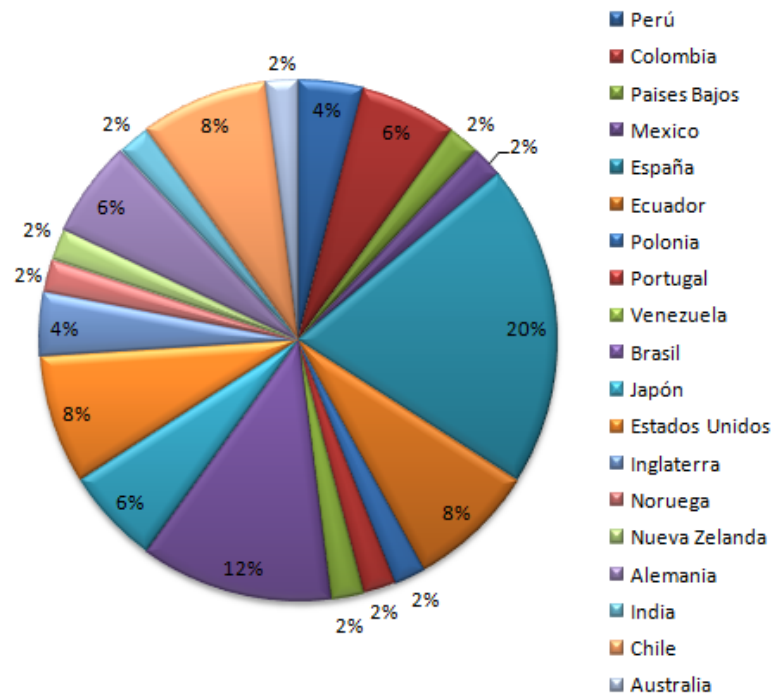


Gráfico 3. Artículos según país de origen.

Fuente: Elbazi y Viñas (2021)

De igual forma, el país que presentó más publicaciones fue España con un porcentaje de 20%, donde forma parte el artículo realizado por Cleofe Garvi ⁵⁰, titulado “Tratamiento odontológico de pacientes con Síndrome de Sjögren”, donde expresa

que el tratamiento de la sequedad oral está enfocado en ayudar a mantener la cavidad bucal húmeda para evitar complicaciones bucales. Así mismo artículos de países como Brasil con un 12% de publicaciones, seguido de Ecuador, Estados Unidos y Chile, cada uno correspondiendo un 8%, formaron parte de la bibliografía consultada. (Gráfico 3)

DISCUSIÓN

Los resultados de esta revisión revelan que el Síndrome de Sjögren tiene una prevalencia mayor en mujeres que en hombres, donde la edad promedio de su aparición es a los 58 años de edad y sus principales manifestaciones clínicas son la Xerostomía y la Xeroftalmia según Mónica Fernández et al ²⁶. Además, Kataryzna Blochowiak et al ³⁰, establecieron que las afecciones más comunes que aparecen en la mucosa bucal en el Síndrome de Sjögren fueron queilitis angular, ulceraciones inespecíficas y aftas, incluyendo síntomas como sequedad de la garganta, de la mucosa nasal, de las conjuntivas con irritación ocular y arenosa y sequedad bucal con necesidad frecuente de beber agua. Dado a la complejidad de este síndrome, estas manifestaciones requieren de un tratamiento interdisciplinario; donde primeramente se debe comenzar con un tratamiento preventivo, con una historia clínica y una anamnesis muy exhaustiva, de igual forma se debe conseguir una higiene bucal meticulosa, ya que por la falta de secreción salival, es más propenso a la aparición de caries dentales. El uso de lubricantes orales son los métodos más usados para

controlar el problema de la xerostomía, igualmente se ha demostrado que la prilocaína es más efectiva para reducir los síntomas de sequedad bucal, el cual su tratamiento se basa en mantener la cavidad bucal humectada para así evitar la aparición de complicaciones bucales, tal cual indica Al-Ahmad et al ⁵⁸. El odontólogo debe tener el conocimiento de las distintas manifestaciones clínicas y bucales que aparecen en el Síndrome de Sjögren, ya que si estas no se consideran a tiempo, traerán como repercusiones la aparición de candidiasis eritematosa, ulceraciones y lengua fisurada, que con el tiempo pueden agravar y traer más complicaciones a la salud bucal. Por lo tanto, la clave para evitar esto es la planificación del tratamiento, ya que debe ser individualizado para cada paciente que presente alguna de estas manifestaciones, que comprende la educación del mismo, el manejo de alguna condición sistémica que padezca y el uso de medidas preventivas, también teniendo en cuenta que es difícil manejar la sequedad bucal ya que la xerostomía y la hiposalivación son complejas y muy poco entendidas, es un problema que debe contar con la comunicación entre el odontólogo y el reumatólogo. Por ello, es de gran importancia que el especialista realice una evaluación inicial, con una historia médica y dental detallada, con un examen completo de la cabeza y el cuello tanto extraoral como intraoral, para poder identificar la presencia o ausencia de la saliva y proporcionar una evaluación de la cantidad y calidad de la misma ⁵³. Una vez entendida la importancia del flujo salival para la salud bucal, es importante resaltar el papel que juega ésta en una rehabilitación protésica; donde durante una rehabilitación protésica removible la saliva trabaja como un adhesivo entre las estructuras bucales y

la prótesis originando la retención de la misma, esto ocurre porque la saliva actúa como un factor físico que origina la adhesión, cohesión y tensión superficial de la prótesis, y a su vez actuando como un factor biológico, dado que esta retención de la prótesis se relaciona a la calidad y cantidad de saliva que se considere en el paciente. Así mismo, la disminución de la misma provoca como consecuencia, poca tolerancia de los pacientes que poseen prótesis removibles, tanto en términos de prótesis parciales así como prótesis totales, quienes reportan extrema incomodidad en su uso, ya sea por lesiones de las mucosas, infecciones fúngicas o pérdida de retención de la prótesis por la mucosa, lo que puede causar un gran malestar durante la vida social; esto se debe a que entre la prótesis y la mucosa oral hay una capa delgada saliva que lubrica e hidrata la mucosa, protegiéndola de las fuerzas agresivas transmitidas por la prótesis ⁶⁶. Mientras que, durante una rehabilitación protésica fija, hay que tener presente factores importantes, por ejemplo, en una rehabilitación con implantes dentales en pacientes con síndrome de Sjögren, este puede correr un riesgo potencial de fracaso, ya sea por la cicatrización de la mucosa, por la pérdida de hueso marginal o por el alto riesgo de desarrollar periimplantitis. Según los datos, se obtuvieron buenos resultados en la rehabilitación protésica con implantes en pacientes con Síndrome de Sjögren, donde esta les ofrece una alternativa factible para aquellos pacientes que requieren una prótesis implanto-soportada ya que los pacientes debido a la disminución salival tienden a perder dientes antes de tiempo. Estos resultados indican que una de las nuevas alternativas del tratamiento protésico en pacientes con

síndrome de Sjögren son los implantes, donde a pesar de los posibles riesgos, existe una tasa de éxito en la supervivencia del mismo, tal indica Katinka Albrecht et al ⁴².

Por otro lado, la calidad de vida en relación con la salud bucal y general se ve perjudicada por los signos y síntomas que posee el Síndrome de Sjögren, donde el poco conocimiento a nivel poblacional y medico origina que estos pacientes no pueden ser diagnosticados correctamente, trayendo como resultado la afección del paciente tanto a nivel clínico, psicológico y emocional, debido a la desorientación que este puede tener, por lo tanto dentro del manejo multidisciplinario se deberá incluir apoyo de un psicólogo para permitir que el paciente tenga una mejoría a nivel psicológico y emocional, contribuyendo a la mejoría de su salud y calidad de vida ⁷¹.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

El Síndrome de Sjögren es una patología que altera las glándulas salivales ocasionando la disminución de la secreción salival, trayendo consecuencias y repercusiones que perjudican la salud bucal de aquellos pacientes que la padecen. La mayoría de los pacientes afectados por esta patología es el género femenino durante la edad promedio de 58 años de edad, cuyos principales signos y síntomas son la xerostomía y la xeroftalmía. Este síndrome es una patología compleja y crónica, que se manifiesta con distintas características clínicas que pueden ser indicativos de padecerla, lo que hace que su diagnóstico sea igualmente complejo, por ello una adecuada elaboración de historia clínica y un correcto manejo multidisciplinar será de absoluta ayuda para el tratamiento de un paciente con Síndrome de Sjögren.

En el campo de rehabilitación protésica, el tratamiento con una alta tasa de éxito fueron los implantes dentales, que consiguieron resultados satisfactorios tanto para el paciente como para el profesional.

El manejo de este tipo de pacientes con disminución salival requiere de una evaluación minuciosa, la cual posea una historia clínica detallada, con los exámenes pertinentes y la planificación del tratamiento con un abordaje conjunto entre un reumatólogo y el odontólogo para poder devolver la funcionalidad y salud bucal del paciente.

La importancia que posee el flujo salival en la rehabilitación protésica abarca desde la instalación de una prótesis removible hasta la fija, esto se debe a que la saliva cumple como el papel de adhesivo natural entre la prótesis removible y las estructuras dentales, produciendo de esta forma la retención y estabilidad de la prótesis; además tiene la capacidad participar con propiedades antibacterianas y cicatrizantes, por esta razón la disminución de su secreción puede traer consecuencias en la instalación de prótesis implanto-soportadas, ya que puede haber una alteración en la cicatrización de la mucosa y un alto riesgo de padecer de periimplantitis. Debido al desconocimiento y a la poca importancia que le dan a esta patología gracias a su baja prevalencia, los profesionales de la salud tienden a pasar por alto la importancia de un correcto examen clínico y en lo que conlleva el estudio de la presencia salival, esto puede traer consecuencias para la elaboración de un correcto diagnóstico y a su vez un plan de tratamiento adecuado. Los pacientes que padecen de Síndrome de Sjögren, tienden a calificar su calidad de vida como regular, esto se debe a las repercusiones que esta enfermedad posee alterando de esta forma la salud bucal, psicológica y emocional del paciente; esto se debe al desconocimiento que poseen las personas sobre la misma, ya que no tienden a comprender el origen de esta enfermedad y sus repercusiones, por ello es de gran importancia hacer énfasis en la elaboración adecuada de una historia clínica y en el tratamiento multidisciplinario con ayuda de apoyo psicológico para la mejoría de la calidad de vida y salud general del paciente.

Finalmente, este tipo de pacientes deben tener un constante control odontológico para así evitar la aparición de enfermedades periodontales, caries y pérdidas dentales

tempranas, de igual manera los que requieran un tratamiento protésico; todos estos deben tener un manejo clínico odontológico integral. Asimismo es necesario seguir contribuyendo a que el síndrome de Sjögren sea relevante y conocido llevando a cabo más investigaciones científicas actualizadas sobre sus características clínicas, manejo multidisciplinario y diagnóstico.

RECOMENDACIONES

- Û Fomentar a los pacientes con Síndrome de Sjögren portadores de prótesis removibles que acudan a consultas periódicas para evitar la formación de lesiones bucales o infecciones oportunistas causadas por este síndrome.
- Û Fomentar a los pacientes con Síndrome de Sjögren portadores de implantes dentales que acudan a consultas periódicas para controlar y mantener una adecuada higiene bucal y de esa manera evitar una reabsorción ósea.
- Û Se recomienda al odontólogo y a los estudiantes de pregrado que a la hora de realizar la historia clínica se realice un examen intraoral y una anamnesis minuciosa para corroborar si existe disminución salival, evaluando la presencia, viscosidad y color de esta última, ya que ésta nos permitirá realizar un presunto diagnóstico temprano de este síndrome.

- Û Se recomienda al odontólogo tomar en consideración el Síndrome de Sjögren como posible diagnóstico al detectar un caso con disminución salival.
- Û El odontólogo debe tener en consideraciones el uso de sustitutos salivales y/o lubricantes para mejorar la adaptación de las prótesis dentales y evitar la aparición de lesiones bucales.
- Û Reforzar las revisiones bibliográficas e investigaciones sobre los pacientes con síndrome de Sjögren.

REFERENCIAS

1. Cabrera ED, Ferrer HO, González VL, et al. Manifestaciones bucales del síndrome de Sjögren. Presentación de un caso. Rev Méd Electrón [internet]. 2016; 38(6):877-886. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=68996>
2. Rivera H, Valero L, Escalona L, Roja-Sánchez F, Ríos MP. Manejo Multidisciplinario del paciente diagnosticado con el Síndrome de Sjögren. Acta odontol. venez [Internet]. 2009; 47(3):122-130 Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000300017
3. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación: Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio (6ta. ed.). México D.F.: McGraw-Hill.
4. Tamayo, M. (2012) El Proceso de la Investigación Científica. México: Limusa, p. 148. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/12235974/Tamayo-y-Tamayo-Mario-El-Proceso-de-la-Investigacion-Cientifica>

5. Sturla Rojas G, Romo Ormazábal F, Torres-Quintana MA. Manejo clínico odontológico integral del paciente con síndrome de Sjögren: Una propuesta. *Avan. en odontoest.*[internet] Vol 30. Actualizado 2014. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v30n4/original3.pdf>
6. sdpt.net (internet). Salud dental para todos. Marcelo Iruretagoyena. Laboratorios Craveri SAIC. Disponible en: <https://www.sdpt.net/par/sjogren.htm>
7. Antonio F, Mill E, Páez M, Sayago G, Valero D. Manejo de pacientes con diversidad funcional en el ámbito odontológico. *Rev Venez Invest Odont IADR*. Actualizado Sep 2013.
8. Llena Puy C. La saliva en el mantenimiento de la salud oral y como ayuda en el diagnóstico de algunas patologías. *Med. Oral patol. Oral cir.bucal* [internet]. 2006; 11(5): 449-455. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-69462006000500015
9. sapi.gob.ve (internet). Venezuela. Servicio autónomo de la propiedad intelectual. Derechos de autor. Disponible en: <http://sapi.gob.ve/derecho-de-autor/>

10. Manrique R, Castrillo G. Derechos de autor en la investigación científica: la autoría en los artículos de investigación. CES Medicina [Internet]. 2005;19(2):91-96. Disponible: <https://www.redalyc.org/pdf/2611/261120983009.pdf>
11. dle.rae.es (internet). Real Academia Española. (Act 2020). Diccionario de la lengua española [Dictionary of the Spanish Language] (22nd ed.). Madrid, Spain: Author. Disponible en: <https://dle.rae.es/ageusia>
12. Troya BE, Martínez AJ, Padilla SE, et al. Consideraciones actuales sobre la xerostomía o síndrome de boca seca. Rev Méd Electrón [internet]. 2014; 36(5):583-595. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=53574>
13. institutoorl-iom.com (internet). Madrid, España. Harguindey, A. Instituto de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello de Madrid. Disponible en: <https://www.institutoorl-iom.com/disfagia/#:~:text=La%20disfagia%20es%20la%20condici%C3%B3n%20de%20tragar%20alimentos%20s%C3%B3lidos%20y%20l%C3%ADquidos.>

14. Sánchez Hernández L, Rihuete MI. Influencia de las distorsiones sensoriales sobre el estado nutricional del paciente oncológico. Index Enferm [Internet]. 2016; 25(4):233-237. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000300003
15. cancer.gov (internet). Instituto nacional del cáncer. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/sindrome>
16. dermis.net (internet). Dermatology Information System. Disponible en: <https://www.dermis.net/dermisroot/es/16182/diagnose.htm>
17. es.thefreedictionary.com (internet). The free dictionary. Disponible en: [https://es.thefreedictionary.com/xeroftalmia#:~:text=La%20xeroftalmia%20es%20una%20enfermedad,ophthalm%C3%B3s%20\(ojo\)%20%2B%20ia](https://es.thefreedictionary.com/xeroftalmia#:~:text=La%20xeroftalmia%20es%20una%20enfermedad,ophthalm%C3%B3s%20(ojo)%20%2B%20ia)
18. diposit.ub.edu (internet). Barcelona, España. Reguant, M., y Martínez-Olmo, F. (2014). Operacionalización de conceptos/variables. Barcelona: Dipòsit Digital de la UB. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/57883/1/Indicadores-Repository.pdf>

19. Azuero, A. Significatividad del marco metodológico en el desarrollo de proyectos de investigación. Revista Arbitrada Interdisciplinaria KOINONIA [internet]. 2019;4(8):1-18. Disponible en: [file:///E:/User/Documents/Metodolog%C3%ADa/Documetos%20-%20Ficha%20Electronica%20-%20Trabajo%20de%20Grado/Dialnet-SignificatividadDelMarcoMetodologicoEnElDesarrollo-7062667%20\(1\).pdf](file:///E:/User/Documents/Metodolog%C3%ADa/Documetos%20-%20Ficha%20Electronica%20-%20Trabajo%20de%20Grado/Dialnet-SignificatividadDelMarcoMetodologicoEnElDesarrollo-7062667%20(1).pdf)
20. Di Pasqualete H, Márquez M, Navarro J, et al. Ensayos de Investigación. San Joaquín de Turmero, Universidad Bicentenario de Aragua. Aportes a la formación de investigación. Ensayos de investigación. Volumen 3, número 1. Año 2016 Disponible en: <https://es.calameo.com/read/005425258199180885af5>
21. Fideas G. Arias. (2012). El Proyecto de Investigación, introducción a la metodología científica. 6ta. Edición. Caracas: Episteme.
22. Wilches, Y, Quintero R, Barrientos S, et al. Pontificia Universidad Javeriana. Características clínicas y epidemiológicas en pacientes diagnosticados con síndrome de Sjögren en el Hospital Universitario San Ignacio: un estudio observacional descriptivo transversa. 2019. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/46162/Caracteristicas%20clinicas%20y%20epidemiologicas%20en%20pacientes%20diagnostic>

[ados%20con%20s%C3%ADndrome%20de%20Sj%C3%B6gren%20en%20el%20Hoapital%20Universitario%20San%20Ignacio.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

23. Maarse F, Jager DHJ, Forouzanfar T, Wolff J, Brand HS. Tooth loss in Sjögren's syndrome patients compared to age and gender matched controls. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* [internet]. 2018; 23(5):545-51. Disponible en: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/aop/22545.pdf>
24. Vallejo E, Peña L, Hernández, P. Correlación de la escala de Tarplay y el diagnóstico de pacientes con sospecha de tener síndrome de Sjögren del Centro Médico Nacional «La Raza». *Revista Odontologica Mexicana* [internet]. 2014; 18(4):220-270 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-odontologica-mexicana-90-articulo-correlacion-escala-tarplay-el-diagnostico-S1870199X1470309X>
25. Fernández-Ávila D, Rincón-Riaño D, et al. Prevalencia y características demográficas del síndrome de Sjögren en Colombia, según información del Sistema Integral de Información de la Protección Social. *Reumatología Clínica* [internet] 2020; 16(4):286-289. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1699258X18302195>

26. Fernández Castro M, Abreu JL, Sánchez-Piedra C, et al. SJÖGREN-SER: Registro nacional de pacientes con síndrome de Sjögren primario de la Sociedad Española de Reumatología: objetivos y metodología. Reumatología Clínica [internet] 2015; 12(4):184-189. Disponible en: [https://www.reumatologiaclinica.org/es-sjogren-ser-registro-nacional-pacientes-con-articulo-S1699258X15001527#:~:text=La%20enfermedad%20es%20m%C3%A1s%20frecuente,%2D15%2C62\)3](https://www.reumatologiaclinica.org/es-sjogren-ser-registro-nacional-pacientes-con-articulo-S1699258X15001527#:~:text=La%20enfermedad%20es%20m%C3%A1s%20frecuente,%2D15%2C62)3)
27. Méndez Montero S. Asociación entre periodontitis y flujo salival en paciente con síndrome de Sjögren. Un estudio clínico transversal. Madrid, España. Universidad Complutense de Madrid; 2017. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/45232/>
28. Rodríguez P. Xerostomía como causa de afecciones bucodentales en pacientes psiquiátricos del Hospital Julio Endara de la parroquia Conoto de la ciudad de Quito en el periodo Septiembre 2013 – Febrero 2014. Ecuador. Universidad Nacional de Chimborazo; 2014 Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/208/1/UNACH-EC-ODONT-2014-0032.pdf.pdf>

29. Serrano J, López-Pintor R, Fernández Castro M, et al. Lesiones orales en el paciente con Síndrome de Sjögren primario. Estudio transversal de casos y controles. Dialnet [internet]. 2020; 25(3): 163-170. Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7454340>

30.

33. Lopes Cardoso I, Leal M, Candeias R. Sjögren's syndrome and its impact in the oral cavity. International Journal of Dental Sciences [internet]. 2020; 2(3): 24-29. Disponible en: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/9108/1/IJDS_2020.pdf
34. Busamia B., Gobbi C., Albiero E, et al. Ecografías de alta resolución de glándulas salivales mayores como marcadores de diagnóstico no invasivo de Síndrome de Sjögren. Acta odontológica de Venezuela [internet]. 2016; 54(1). Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2016/1/art-3/>
35. Ríos B, Saldarriaga L, De Almeida H. Síndrome de Sjögren juvenil primario: Estudio de cohorte. Revista Cubana de Reumatología [internet]. 2015; 17 (1):40-47. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcur/v17n1/rcur07115.pdf>
36. Niikura A, Yamachika S, Yamamoto K, et al. Efficient diagnosis of Sjögren's syndrome to reduce the burden on patients. Modern Rheumatology [internet]. 2014; 25(1):100-104. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/14397595.2014.927969?journalCode=imor20>

37. Billings M, A. Dye B, Iafolla T. Significance and Implications of Patient-reported Xerostomia in Sjögren's Syndrome: Findings from the National Institutes of Health Cohort. PubMed [internet]. 2016; 12:270-279. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5078600/>
38. Virdee, S., Greenan-Barrett J. & Ciurtin. A systematic review of primary Sjögren's syndrome in male and paediatric populations. Clin Rheumatol. [Internet] 2017; 36:2225-2236. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10067-017-3745-z#citeas>
39. Chen X, Aqrabi L, et al. Elevated cytokine levels in tears and saliva of patients with primary Sjögren's syndrome correlate with clinical ocular and oral manifestations. Sci Rep [internet]. 2019; 9(7319). Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-019-43714-5>
40. Ngo DY, Thomson W, et al. The lived experience of Sjögren's Syndrome. BMC Oral Health [internet]. 2016; 16(7):1-11. Disponible en: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12903-016-0165-4.pdf>
41. Colqui Loyola S. Prevalencia del Síndrome de Sjögren en pacientes portadores de prótesis total, hospital Maria Auxiliadora III-1 2014. Perú.

Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, Escuela de Formación Profesional de Odontología; 2015. Disponible en: http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/120/1/T026_71087682T.pdf

42. Albrecht K, Callhoff J, Westhoff G, et al. The Prevalence of Dental Implants and Related Factors in Patients with Sjögren Syndrome: Results from a Cohort Study. *The Journal of Rheumatology* [internet]. 2016; 43(7):1380-1385. Disponible en:

<https://www.jrheum.org/content/jrheum/43/7/1380.full.pdf>

43. Haraswarupa G, Omprakash Y, Jagadeesh M, et al. Prosthodontic Management of Xerostomic Patient: A Technical Modification. *Hindawi*[internet]. 2016; 2016(8905891):6. Disponible en:

<https://www.hindawi.com/journals/crid/2016/8905891/>

44. Almeida D, Vianna K, Arriaga P, Moraschini V. Dental implants in Sjögren's syndrome patients: A systematic review. *PLoS One* [internet]. 2017;12(12).

Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29240793/>

45. Mori G, Kobayashi T, et al. Implant-supported Protheses in Patient with Sjogren's Syndrome: Clinical Report with 3 year Follow-up. *Bull Tokyo Dent*

Coll [internet]. 2017; 59(3):201-206. Disponible en:

https://www.jstage.jst.go.jp/article/tdcpublication/59/3/59_2017-0036/article

46. De Mendonça M, Finger A, Nicolau V, et al. Management of Sjogren's Syndrome Patient: A Case Report of Prosthetic Rehabilitation with 6-Year Follow-Up. Hindawi Publishing Corporation [internet]. 2014; 2014(761251):1-5. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4247972/pdf/CRID2014-761251.pdf>

47. Bogucki Z. A Clinical Evaluation Denture Adhesives Used by Patients with Xerostomia. Medicine [internet]. 2015; 94(7)1-6. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4554186/pdf/medi-94-e545.pdf>

48. Matiz Cuervo J. Prótesis total con reservorio salival en un paciente con síndrome de Sjögren. Univ Odontol [Internet]. 2018; 37(79): 1-17. Disponible en:

<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/24584>

49. Zero D, Brennan M, Daniels T, et al. Clinical practice guidelines for oral management of Sjögren disease: Dental caries prevention. J Am Dent Assoc. [internet] 2016; 147(4):295-305. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26762707/>
50. Garvi C. Tratamiento odontológico de pacientes con Síndrome de Sjögren. Revista Ocronos [internet]. 2020; 3(6). Disponible en: <https://revistamedica.com/tratamiento-odontologico-sindrome-sjogren/>
51. Stefanski, AL, Tomiak C, Pleyer U, Dietrich T, Burmester GR, Dörner T. The Diagnosis and Treatment of Sjögren's Syndrome. Dtsch Arztebl Int. [internet] 2017;114(20):354-361. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5471601/>
52. Muñoz Sánchez A, Ferrer Sánchez N, Fernández Ortega P. La xerostomía en el paciente geriátrico. Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud Volumen II [internet]. 2016; 2(10):75-79. Disponible en: <https://formacionasunivep.com/IIIcongresosalud/documents/LIBRO%20CUIDADOS%2007-09-2016.pdf>
53. García Rubio A, Ibáñez Romero MC, Adamuz Jiménez A. Papel del odontólogo en el manejo de la hipofunción salival glandular: Xerostomía. Avances de Investigación en Salud a lo largo del Ciclo Vital. Volumen II

[internet]. 2018;2(3):26-33. Disponible:

<https://www.formacionasunivep.com/Vcice/files/libro%20avances%20de%20investigacion.pdf#page=27>

54. González S. Tratamiento Multidisciplinar en pacientes parcialmente edéntulos: a propósito de dos casos clínicos. Tesis Fin de Grado. España.

Universidad de Zaragoza. 2018. Disponible en:

<https://zaguan.unizar.es/record/62819/files/TAZ-TFG-2017-1175.pdf>

55. Martínez M, Miranda A, Niklander S. Xerostomía: tratamientos locales, sistémicos y no convencionales. Un Scoping Review. Chile. Universidad

Andrés Bello. 2020. Disponible en:

http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/17856/a131323_Martinez_M_Xerostomia_tratamientos_locales_sistemicos_2020_Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y

56. Navarro A. Nuevas Estrategias de Tratamiento en Pacientes con Xerostomía: Estudio Clínico para Evaluar la Eficacia y Tolerabilidad de los Antioxidantes.

Tesis doctoral. España. Universidad de Murcia 2015. Disponible en:

<https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/45766/1/TESIS%20DOCTORAL.pdf>

57. Conejeros C, Díaz L. Eficacia de un estimulante versus un sustituto salival en el tratamiento de la xerostomía y su impacto en la calidad de vida. Chile. Universidad Andrés Bello. 2016. Disponible en: <http://repositorio.unab.cl/xmlui/handle/ria/4291>
58. Al Hamad A, Lodi G, Porter S, et al. Interventions for dry mouth and hyposalivation in Sjögren's syndrome: A systematic review and meta analysis. Oral Diseases [internet]. 2018; 25(4):1027-1047. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/odi.12952>
59. Han P, Suarez-Durall P, Mulligan R. Dry mouth: a critical topic for older adult patients. J Prosthodont Res [internet]. 2015; 59(1):6-19. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25498205/>
60. Salum F, Carvalho F, Zancanaro MA, Cherubini K. Salivary hypofunction: An update on therapeutic strategies. Gerodontology [internet]. 2018; 35(4). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ger.12353>
61. Frydrych A. Dry mouth: Xerostomia and salivary gland hypofunction. AFP [Internet].2016; 45(7):488-492. Disponible en:

<https://www.racgp.org.au/afp/2016/july/dry-mouth-xerostomia-and-salivary-gland-hypofunction/>

62. Stefanski A, Tomiak, C, Pleyer, U. The Diagnosis and Treatment of Sjögren's Syndrome. Dtsch Arztebl Int [internet] 2017; 114: 354-61. Disponible en: <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article/188638>

63. Sánchez FA. Repercusión de la xerostomía en pacientes adulto mayores portadores de prótesis dentales acrílicas. Ecuador. Universidad de Guayaquil, Facultad Piloto de Odontología. Junio 2015. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/18062/1/SANCHEZfausto.pdf>

64. Cabezas B. Aspectos más relevantes a considerar de la prótesis dental en personas de la tercera edad. Ecuador. Universidad de Guayaquil, Facultad Piloto de Odontología. Junio 2015. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/11309/1/CABEZASberyini.pdf>

65. Hungria E. Efecto de la prótesis dental en la función masticatoria. Tesis de Pregrado. Ecuador. Universidad de Guayaquil, Facultad de Odontología. Octubre 2020. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/49739/4/3454HUNGRIAeder.pdf>

66. Jamriez Matos F. Xerostomia, Fluxo Salivar e sua correlação com adaptação às próteses totais. Tesis de Pregrado. Brasil. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. 2017. Disponible en: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/156768/000902100.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
67. Letawsky V, Schreiber AM, Skoretz S. A Tutorial on Saliva's Role in Swallowing with a Focus on Sjögren's Syndrome. AJSLP [Internet]. 2020; 29(3):1113-1781. Disponible en: https://pubs.asha.org/doi/10.1044/2020_AJSLP-19-00083
68. Vargas K. Calidad de vida y salud bucal en usuarios de prótesis dental removible del centro integral del adulto mayor en lima. Perú. Universidad Privada Norbert Wiener. 2018. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/2875>
69. Ladino RM, Gasitulli A, Campos X. Síndrome de Sjögren: Caso clínico. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2015; 86(1):47-51. Disponible: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000100009

70. Aguilar J. Experiencia de enfermedad y su asociación con calidad de vida en relación a salud general y oral en mujeres chilenas con síndrome de Sjögren. Chile. Universidad de Chile. 2019. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/173161/Experiencia%20de%20enfermedad%20y%20su%20asociaci%3b3n%20con%20calidad.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
71. Rivera Barrientos CA. Desconocimiento del Síndrome Sjögren y cómo afecta la vivencia de la enfermedad, las relaciones personales y con profesionales de la salud. Chile. Repositorio Académico de la Universidad de Chile. 2019. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/177716>

ANEXOS

ANEXO 1

Tabla de Operacionalización de Variables

Objetivo de la investigación	Plantear cuál es el manejo clínico odontológico apropiado que se debe indicar en pacientes que padecen de Síndrome de Sjögren que requieran de una rehabilitación protésica			
Variables	Dimensiones	Indicadores / criterios		Instrumento
Síndrome de Sjögren	Distribución epidemiológica de la población	Sexo	Femenino	Ficha bibliográfica
			Masculino	
		Edad	< 30 años	
			>30 años	
	Tipo	Primario		
		Secundario		
Manifestaciones Clínicas	Manifestaciones Orales		Ficha bibliográfica	
	Manifestaciones Oculares			
	Manifestaciones Sistémicas			
Manejo clínico odontológico	Manejo integral	Tratamiento de la caries dental		Ficha bibliográfica
		Tratamiento de la enfermedad periodontal		
	Rehabilitación Protésica	Disminución salival	Total	
			Parcial	
Presencia de lesiones orales que interfieran con la prótesis				

ANEXO 2

Ficha Documental

Referencia	Resultado/Discusión	Conclusión
<p>22. WILCHES, Yesid y otros: <u>Características clínicas y epidemiológicas en pacientes diagnosticados con síndrome de Sjögren en el Hospital Universitario San Ignacio: un estudio observacional descriptivo transversal</u> Colombia, Pontificia Universidad Javeriana. 2019, 17 págs.</p>	<p>Se obtuvieron historias clínicas de 124 pacientes diagnosticados con síndrome de Sjögren, que acudieron a la consulta externa del Hospital Universitario San Ignacio en el periodo comprendido entre los años 2017 - 2019. De estos, 114 pacientes fueron mujeres, representando el 91.9% de la muestra y 10 fueron hombres, es decir, el 8.1%. La edad promedio fue de 65 años en ambos sexos y el grupo etario con mayor prevalencia el de 61 a 70 años de edad. La tabla 1 describe los grupos etarios y el sexo asociado en la población estudiada. En cuanto a los signos y síntomas, se evidenció que la xerostomía es el síntoma más común, ocupando el 39 %, seguido de la xeroftalmia con un 35 % y la hiposalivación con 17 %. De los 110 pacientes que presentaron xerostomía,</p>	<p>En 124 pacientes diagnosticados con síndrome de Sjögren en el Hospital Universitario San Ignacio entre el año 2017 y 2019, la edad promedio en el momento del diagnóstico fue de 65 años de edad, con una proporción mujer: hombre de 9:1. La xerostomía y la xeroftalmia fueron los síntomas más comunes, los cuales fueron tratados con lágrimas artificiales y pilocarpina, lo que evidencia que el enfoque fue mayormente sintomático que terapéutico.</p>

	<p>el 8,1% fueron hombres y 91,9% mujeres, 85 de ellos recibieron tratamiento con pilocarpina. A partir de los resultados obtenidos, se evidenció una proporción mujer:hombre de 9:1. Son múltiples los factores que han sido implicados en este registro, se incluyen las diferencias en la regulación inmune, las hormonas sexuales y su asociación con la menopausia, ya sea por la reducción de estrógenos o la diferencia en la relación entre andrógenos y estrógenos. Estas, regulan la respuesta inmune, y disminuyen durante esta etapa, por lo tanto, es cuando más susceptibles son las mujeres.</p>	
<p>23. MAARSE, Floor: “Pérdida de dientes en pacientes con síndrome de Sjögren en comparación con los controles emparejados por edad y sexo”. Países Bajos, Amsterdam. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. Vol. 23. Núm. 5. 2018. Págs. 545-55. Título original:</p>	<p>La mayoría de los pacientes (89%) eran mujeres. La edad media de los pacientes fue de 66,5 años. Los pacientes con SS tenían un riesgo 61% mayor de una o más extracciones que los pacientes del grupo controlado. El número medio de extracciones fue significativamente mayor en el grupo de SS versus el grupo controlado. Estos resultados fueron encontrados tanto en el maxilar y la mandíbula.</p>	<p>En conclusión, el presente estudio demostró que las extracciones son más frecuentes en pacientes con SS en comparación con los pacientes sin SS. Además, los resultados de este estudio muestran que la mayor cantidad de extracciones ocurren en el maxilar anterior. Los datos recopilados en este estudio podrían contribuir al desarrollo de</p>

<p><i>Tooth loss in Sjögren's syndrome patients compared to age and gender matched controls.</i></p> <p>Traducido por: Karla Elbazi y Paola Viñas.</p>	<p>Además, el número de extracciones por sextante fue significativamente más alto en el grupo de SS en comparación con el grupo controlado. Al comparar la SSp con los pacientes con SSs, los pacientes con SSs tuvieron extracciones significativamente más frecuentes en el sextante anterior del maxilar. De modo relevante los pacientes en el grupo con SS (SSp + SSs) (14,8%) eran desdentados en comparación con el grupo de controlado (1,9%). Este estudio demostró que los pacientes con SS son más propensos a la pérdida de dientes que las personas no diagnosticadas con Síndrome de Sjogren. Además, los resultados de este estudio muestran el mayor número de extracciones en el maxilar anterior. Estos resultados concuerdan con un estudio previo sobre la prevalencia de caries dental entre pacientes con SS, el mismo estudio informó que el 63% de todos los pacientes del estudio con SS fueron edéntulos antes de los 45 años, en comparación con el 10% del grupo de</p>	<p>protocolos para pacientes con SS en cuanto a la higiene bucal, prostodoncia y tratamientos con implantes.</p>
--	---	--

	control. La pérdida de dientes temprana observada en el grupo SS podría estar relacionada con la reducción del flujo salival.	
24. VALLEJO, Erika y otros: “Correlación de la escala de Tarplay y el diagnóstico de pacientes con sospecha de tener síndrome de Sjögren del Centro Médico Nacional «La Raza»”. México. Rev. Odont. Mex. Vol. 18, Núm. 4. 2014. 229-235 págs.	Se evaluaron 321 casos, de los cuales 172 fueron positivos para síndrome de Sjögren, 71 (41%) para el tipo primario y 101 (59%) para el tipo secundario, el diagnóstico se estableció con base a los criterios propuestos por el Grupo de Consenso Americano y Europeo. En la distribución por género de los casos positivos se encontraron 160 (93%) mujeres y 12 (7%) hombres, con un rango de edad de los pacientes entre 18 y 79 años y una media de 48.6 años. Los signos y síntomas encontrados en los pacientes con síndrome de Sjögren positivo fueron la xerostomía y la xeroftalmia en el 100% de los casos, artralgias en 23 casos (13.3%), hipertrofia parotídea en 11 (6.3%), glosodinia en 10 (5.8%), xeromicteria en 5 (2.9%), hipertrofia submandibular en 4 (2.3%), xerodermia, dispareunia y atrofia de papilas linguales en 3 (1.7%) casos	Para el diagnóstico de síndrome de Sjögren este se basa actualmente en los criterios de clasificación propuestos por el Grupo de Consenso Americano y Europeo, publicados en el 2002, los cuales incluyen la histopatología de las glándulas salivales menores como uno de los principales criterios objetivos de diagnóstico, aunque los resultados de la biopsia deben aplicarse al componente oral y no al síndrome completo. En el presente estudio se 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, ya que existe una asociación directa entre el índice de Tarplay obtenido y la posibilidad de tener síndrome de Sjögren.

	<p>respectivamente. En los pacientes con síndrome de Sjögren secundario la enfermedad sistémica más encontrada fue la artritis reumatoide que se presentó en 62 casos (61.1%), seguida de lupus eritematoso sistémico en 21 casos (20.3%), esclerodermia en 9 casos (8.9%), osteoartritis en 5 casos (4.8%), crioglobulinemia en 2 casos (1.9%), síndrome de Reiter y fenómeno de Raynaud en un caso (0.5%)</p>	
<p>25. FERNANDEZ, Daniel y otros: “Prevalencia y características demográficas del síndrome de Sjögren en Colombia, según información del Sistema Integral de Información de la Protección Social” Reumatología Clínica, Vol. 16, Núm. 4. 2020, págs. 286-289</p>	<p>Se identificaron 58.680 casos, calculándose una prevalencia en mayores de 18 años de 0,12%. El 82% son mujeres, con una relación mujer:hombre de 4,6:1, con prevalencia mayor entre el grupo etario de 65 a 69 años. Los departamentos con mayor número de casos son Bogotá DC (24.885), Antioquia (9.040) y Valle del Cauca (5.277), sin embargo, los departamentos con mayor prevalencia fueron Caldas (0,42%), Bogotá DC (0,32%) y Antioquia (0,14%).</p>	<p>Se presenta información demográfica y epidemiológica del síndrome de Sjögren en Colombia. Existen muy pocos estudios epidemiológicos de esta enfermedad, sin embargo, se documentó una prevalencia similar a la reportada a países de la región como Brasil (0,17%) y Argentina (0,17%).</p>
<p>26. FERNANDEZ, Mónica y otros: “SJÖGREN-SER:</p>	<p>El registro español SJOGREN-SER ha sido diseñado con el fin de caracterizar una cohorte representativa de</p>	<p>SJOGREN-SER es un registro de pacientes con SSp en España, en proceso de explotación y análisis</p>

<p>Registro nacional de pacientes con síndrome de Sjögren primario de la Sociedad Española de Reumatología: objetivos y metodología”, España, Reumatología Clínica, Vol. 12. Núm. 4, 2016. págs. 184-189</p>	<p>pacientes con SSp en España, para así analizar la magnitud y distribución de sus manifestaciones clínicas, sus características biológicas, la actividad y daño acumulado de la enfermedad, la comorbilidad asociada y el manejo terapéutico farmacológico y no farmacológico. Permitiendo ampliar y actualizar el conocimiento sobre esta enfermedad y planificar estrategias de actuación en el diagnóstico precoz, seguimiento y manejo del paciente. SJOGREN-SER permitirá el análisis de subgrupos, diferenciados por edad, características clínicas o biológicas, aportará información sobre el riesgo cardiovascular en el paciente con SSp en nuestra población y describirá el manejo terapéutico de los pacientes con SSp en España. SJOGREN-SER es, por lo tanto, una importante herramienta de conocimiento que nos permitirá el estudio multicéntrico del SSp, bien con los datos ya recogidos en una base de datos o por la recogida adicional de variables en nuevas líneas de investigación. Han participado 33 centros españoles. El número de</p>	<p>de una cohorte multicéntrica homogénea, actual, que dispone de información detallada y fiable sobre manifestaciones clínicas, características biológicas, actividad y daño de la enfermedad, comorbilidad asociada y tratamiento farmacológico y no farmacológico de una enfermedad heterogénea y de difícil diagnóstico y manejo</p>
--	---	--

	<p>pacientes incluidos es de 437, la mayoría mujeres (95%), con una mediana de edad al diagnóstico de SSp de 50 años. La mediana de edad de esta cohorte es de 58 años. La mayoría de los pacientes (95%) presenta síndrome seco y hasta el 94% anti-Ro positivo. Un total de 119 pacientes (27%) cumplen los nuevos criterios de clasificación SICCA-ACR de 2012.</p>	
<p>27. MENDEZ, Sandra: <u>Asociación entre periodontitis y flujo salival en pacientes con Síndrome de Sjögren. Un estudio clínico transversal.</u> Madrid, España. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Odontología. 2017. 50 págs</p>	<p>Los resultados demuestran una mayor prevalencia de periodontitis en pacientes con SSp. De un total de 67 pacientes, 51 tuvieron periodontitis (nivel 1-2: 51(76,1%) y 10 no tuvieron periodontitis (nivel 0: 10(14,9%)), 6 pacientes fueron desdentados (9%). Así mismo, la profundidad al sondaje demostró ser significativamente mayor en el grupo de pacientes con periodontitis en comparación al grupo sin periodontitis al igual que el</p>	<p>Se demostró que existe asociación entre una tasa de flujo salival reducida y la periodontitis en pacientes con SSp, donde se observó una mayor prevalencia de periodontitis en pacientes con SSp. Por ello, se precisan más estudios de casos y controles y prospectivos que puedan afirmar dicha asociación.</p>
<p>28. RODRIGUEZ, Pablo: <u>Xerostomía como causa de afecciones bucodentales en pacientes psiquiátricos del hospital</u></p>	<p>Las manifestaciones orales más frecuentes observadas en los pacientes con xerostomía fueron: el 87% equivale a 14 personas presenta gingivitis, halitosis 44% equivale 7</p>	<p>Los resultados fueron significativos en los pacientes observando una gran destrucción de las piezas dentales por causa de la caries, gran acumulación de</p>

<p><u>Julio Endara de la parroquia Conocoto de la ciudad de Quito en el periodo septiembre 2013 – febrero 2014.</u> Ecuador. Universidad Nacional de Chimborazo. Facultad de Ciencias de la Salud. 2014. 68 págs.</p>	<p>personas, caries 94% equivale 15 personas, alteraciones del gusto 31% equivale a 5 personas</p>	<p>placa bacteriana provocando gingivitis. Se observa una alta asociación entre xerostomía y flujo salival en reposo y estimulado. También se observa una asociación entre el síntoma de xerostomía y el síndrome de boca ardiente. Se observa una alta prevalencia de alteración de estado psicológico en los pacientes con xerostomía</p>
<p>29. SERRANO, Julia y otros: “Lesiones orales en el paciente con Síndrome de Sjögren primario. Estudio transversal de casos y controles”, Madrid, España. Medicina oral, patología oral y cirugía bucal, Vol. 25, Nº. 3, 2020, págs. 163-17</p>	<p>Los pacientes con SSp tenían 3,95 más probabilidades de sufrir lesiones orales. Donde el 57,4% de los pacientes con SSp presentaron lesiones orales, las más comunes fueron candidiasis (13,1% vs 2,5%), lesiones traumáticas (13,1% vs 2,5%), aftas (8,2% vs 0) y lengua fisurada (8,2% vs 0,8%). Los pacientes SSp con lesiones orales tenían menores niveles de flujo salival (estimulado y no estimulado), aunque estas diferencias no fueron significativas. En los pacientes SSp se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de lesiones orales y manifestaciones</p>	<p>Los pacientes con SSp presentan más lesiones orales que la población general, sobre todo aquellos con manifestaciones sistémicas del SSp.</p>

	sistémicas e historia de agrandamiento parotídeo	
<p>30. BLOCHOWIAK, Katarzyna y otros: “Manifestaciones de la mucosa oral en el síndrome de Sjögren primario y secundario y el síndrome de boca seca”, Polonia, Adv Dermatol Allergol, Vol. 33, Núm. 1, 2016, págs. 23-27. Título original: <i>Oral mucosal manifestations in primary and secondary Sjögren syndrome and dry mouth síndrome.</i></p> <p>Traducido por: Karla Elbazi y Paola Viñas</p>	<p>Las afecciones más frecuentes obtenidas a partir de la historia fueron: sequedad de garganta y mucosa nasal, sequedad de las conjuntivas, irritación ocular arenosa y arenosa, sequedad de la boca por la mañana y por la noche, necesidad frecuente beber agua, sequedad de labios, exfoliación, fisuras, predisposición a aftas, úlceras, aftas, sensación de ardor en la boca, sensación de regurgitación del contenido del estómago a la boca. La sequedad bucal se acompañó de sequedad de garganta y mucosa nasal. La sensación de sequedad en la parte inicial del tracto digestivo dificultaba la deglución y la formación de bolos. Los pacientes también se quejaron de gusto distorsionado, dispepsia y regurgitación. La mitad de los pacientes se presenta con sequedad de la mucosa oral, la cual se presenta seca, sin elasticidad, se adhiere fácilmente a los dedos o al espejo bucal. En solo 2 (9,1%) pacientes mujeres se observó sequedad. La</p>	<p>Se estableció que las patologías más comunes que aparecen en la mucosa oral en el síndrome de Sjögren primario y secundario son la queilitis angular, queilitis, aumento de la sequedad de los labios, así como ulceraciones inespecíficas, aftas y afecciones aftoides. El tema crucial en la sospecha de síndrome de Sjögren es realizar diagnósticos micológicos y bacteriológicos, tratar micosis y otras infecciones oportunistas e implementar profilaxis antifúngica.</p> <p>Se aconseja a los pacientes con mayor sequedad oral que se apliquen saliva artificial o fármacos anticolinérgicos. También se requieren pruebas de laboratorio básicas regulares, como análisis de sangre completa, frotis de sangre, niveles de hierro y ferritina.</p>

	<p>sequedad de la mucosa fue más evidente en la zona vestibular, menos evidente en el paladar y en la cara labial interna. El segundo signo más frecuente fue la queilitis angular, queilitis, incluida la queilitis exfoliativa. Los labios estaban agrietados, exfoliativos y sangraban con facilidad, los pacientes refirieron la necesidad de humedecer y lubricar los labios con frecuencia. En 5 pacientes mujeres, se observaron ulceraciones inespecíficas o aftas orales. La mayoría de los pacientes refirió una tendencia a este tipo de lesiones y se quejaron de su tratamiento crónico y de larga duración. Los pacientes con dentaduras postizas y prótesis removibles informaron una mayor predisposición a las abrasiones y llagas debajo de la base de una dentadura postiza, aunque no tuvieron problemas con la retención de la dentadura postiza.</p>	
<p>31. FERNANDEZ, Mónica y otros: “Evaluación protocolizada</p>	<p>Se reclutaron 61 pacientes. El 98% fueron mujeres y la edad media fue de 57 años. El 52,5% presentaban signos</p>	<p>La prevalencia de xerostomía en esta cohorte de pacientes con SSp fue muy elevada y el 61% de los</p>

<p>odontológica en el paciente con síndrome de Sjögren Primario”, España, Reumatología Clínica, Vol. 17, Núm. 1. 2021. 31 págs.</p>	<p>orales patológicos (flujo salival no estimulado). El 92% de los pacientes referían xerostomía y un 61% hiposialia. 35 pacientes presentaron lesiones de la mucosa oral.</p>	<p>enfermos presentaron hiposialia. Más de la mitad de los pacientes sufrieron lesiones orales. La salud oral presentó un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes con SSp, siendo mayor en aquellos pacientes con signos orales objetivos patológicos y en los que presentaban afectación del sistema nervioso periférico.</p>
<p>32. NACHÓN, Álvaro: <u>Afectación periodontal en el Paciente con Síndrome de Sjögren Primario.</u> Madrid, España. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Odontología. 2016. 36 págs.</p>	<p>El 100% de la muestra son mujeres, se ha visto que la incidencia del SSp en mujeres es de 9 a 1 frente a los hombres. El tabaco puede agravar el estado periodontal, pero su papel en los resultados es mínimo ya que de los 19 pacientes examinados solo 3 eran fumadores. El tiempo de evolución de la enfermedad desde el inicio de la xerostomía presentó un promedio de $10,78 \pm 4,91$ años, y oscila entre los 3 y los 21 años de duración.</p>	<p>Los resultados de este estudio son favorables a la relación entre el síndrome de Sjögren primario y las enfermedades periodontales. El tamaño de la muestra no es lo suficientemente amplio para establecer una clara relación entre ambas enfermedades</p>
<p>33. LOPES, Ines y otros: “El síndrome de Sjögren y su impacto en la cavidad bucal”. Porto, Portugal. International Journal of Dental Sciences, Vol. 2,</p>	<p>El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune que afecta a las glándulas lagrimales y salivales. Aunque la genética o causas ambientales responsables del desarrollo de esta condición están</p>	<p>El presente estudio permitió analizar algunos de las principales características del síndrome de Sjögren a la luz científica, gracias a las contribuciones que se han ido desarrollando a lo largo de los</p>

<p>Núm. 3. 2020. págs. 24-29. Título original: <i>Sjögren's syndrome and its impact in the oral cavity</i>. Traducido por: Karla Elbazi y Paola Viñas.</p>	<p>siendo estudiadas, la determinación de su etiología es todavía lejos de determinarse. Las principales manifestaciones a nivel oral en pacientes con el síndrome de Sjögren ocurren con la presentación de dificultad de habla, deglución, masticación, y con la boca seca. Los pacientes también informan de cambios en el gusto, así como una sensación de ardor y dolor en las glándulas salivales asociadas con la ingesta de alimentos. Muchas personas con síndrome de Sjögren presentan sequedad, los labios y lengua agrietados, junto con caries y la pérdida de estructuras dentales. Además, del 70 al 80% de estos pacientes tienen candidiasis eritematosa crónica, que puede tener repercusiones en el paladar y la lengua y conducen a la aparición de fisuras en los labios. También puede haber una hinchazón bilateral que puede durar de días a meses o puede pasar por períodos con remisión completa.</p>	<p>años. El síndrome de Sjögren es una patología autoinmune compleja y crónica con la capacidad de manifestarse bajo diferentes prismas, es decir, clínicamente hay una variedad de características que pueden ser signos indicativos de esta patología, lo que hace que el proceso de diagnóstico sea bastante complejo. El diagnóstico se centra en la historia clínica y se utilizan como recursos algunos exámenes de evaluación que están de acuerdo con los criterios instituidos internacionalmente para situaciones de SS.</p>
<p>34. BUSAMIA, B. y otros: "Ecografías de alta</p>	<p>Del total de pacientes, 50 (86%) fueron mujeres, la edad promedio fue</p>	<p>La ecografía de alta resolución aunque es una prueba</p>

<p>resolución de glándulas salivales mayores como marcadores de diagnóstico no invasivo de Síndrome de Sjögren”. Venezuela. Acta Odontológica Venezolana. Vol. 54, Núm. 1. 2016. 5 págs.</p>	<p>de 53 años y la evolución media de la enfermedad de 9 años. El análisis de las ecografías reveló que en pacientes C fueron Grado 0: normales en BO Grado 0 y I alteración leve a moderado no se observó significación estadística en relación a pacientes con SS. En pacientes con SSp y SSs observamos ecografías Grado 3: alteración grave con grado avanzado de distorsión glandular. De acuerdo a el análisis anatomopatológico de las biopsias salivales labiales se observó que los C fueron Grado 0: normales, en pacientes BO se registró Grados entre 0 - I, con infiltrado leve a moderado, sialoadenitis crónica leve. En pacientes SSp y SSs se observaron biopsias de Grado III: sialoadenitis crónica severa con 50 o más linfocitos por campo. Encontramos una correspondencia entre ecografías de glándulas salivales mayores y biopsias de glándulas salivales menores Grado 3 en pacientes con SS estadísticamente significativa $p > =0.001$. Las pruebas de especificad y sensibilidad proporcionaron un valor de 0,633</p>	<p>inespecífica, podría ser implementada como una técnica de aproximación diagnóstica en SS. Esta investigación clínica en el área odontológica permitiría que frente a un síntoma de boca seca, se pueda acceder en forma rápida y no invasiva a un correcto diagnóstico no invasivo y pronóstico de esta patología.</p>
--	--	---

	(p=0,001) indicando una alta asociación entre ambas variables.	
35. RIOS, Blanca y otros: “Síndrome de Sjögren juvenil primario: Estudio de cohorte”. Rio de Janeiro, Brasil. Revista Cubana de Reumatología. Vol. 17, Núm. 1. 2015. Págs. 40-47.	Durante el periodo de estudio, fueron seleccionados 26 pacientes: 20 niñas (76 %) y 6 niños (23 %) con una edad promedio al diagnóstico de 12 años en un rango de 3 a 16. Las manifestaciones clínicas de enfermedades como diabetes mellitus tipo I e hipotiroidismo estaban presentes en 2 pacientes (7.6 %). 8 pacientes (30.7 %) presentaron parotiditis como manifestación inicial de la enfermedad, siendo episodio recurrente en 2 pacientes (7.6 %). De los 26 pacientes analizados, 10 (38 %) presentaron xerostomía y 16 (61 %) manifestaron xeroftalmia. En cuanto al compromiso de la glándula salivar, se identificó que el 73 % de los pacientes presentaron una gammagrafía de la glándula salivar alterada, seguida de 18 pacientes (69 %) y 6 pacientes (23 %) con alteración en la ultrasonografía y resonancia magnética de la glándula parótida. En 8 pacientes (30 %) la biopsia de la glándula salivar evidenció sialoadenitis crónica	El presente estudio demostró el perfil demográfico, clínico y terapéutico de una casuística de pacientes con síndrome de Sjögren juvenil primario, condición relativamente rara, presentando, así una visión general de esta población en nuestro medio.

	compatible con síndrome de Sjögren.	
36. NIKURA, Asumi y otros: “Diagnóstico eficiente del síndrome de Sjögren para reducir la carga sobre los pacientes”. Japón. <i>Modern Rheumatology</i> , Vol. 25, Núm. 1. 2014. Págs. 100-104. Título original: <i>Efficient diagnosis of Sjögren's syndrome to reduce the burden on patients</i> . Traducido por: Karla Elbazi y Paola Viñas.	De los 254 pacientes con síndrome de Sjögren, 140 cumplieron con los criterios propuestos por el Comité sobre el Síndrome de Sjögren del Ministerio de Salud y Bienestar de Japón, 228 cumplieron con los criterios propuestos por el American-European Consensus Group y 69 cumplieron con los criterios propuestos por la American-European Consensus Group. Facultad de Reumatología. El número de casos definitivos varió con cada conjunto de criterios. El análisis de regresión logística se utilizó para analizar elementos de examen útiles para el diagnóstico definitivo del síndrome de Sjögren, demostrando que anti-Ro / SSA (odds ratio (OR), 7,165), biopsia de labios (OR, 4,273), sialografía (OR, 2,402) y ANA (OR, 0,678) se correlacionó significativamente con el diagnóstico definitivo del síndrome de Sjögren	Estos resultados sugieren que el siguiente procedimiento de diagnóstico para el síndrome de Sjögren reduciría la carga para los pacientes. Cuando los médicos eligen elementos de examen para diagnosticar el síndrome de Sjögren, primero deben seleccionar qué criterios utilizar. Luego, para minimizar el número de elementos de examen, los exámenes deben realizarse en el orden de anticuerpos anti-SSA, biopsia de labios y sialografía de la glándula parótida.
37. BILLINGS, Monisha y otros: “Importancia e implicaciones de la	En este estudio, comparamos los datos iniciales de tres grupos de alto riesgo de disfunción de las glándulas	La xerostomía es una de las principales molestias de los pacientes con SS. Dado que la

<p>xerostomía informada por el paciente en el síndrome de Sjögren: hallazgos de la cohorte de los Institutos Nacionales de Salud”. Estados Unidos. EBioMedicine, Vol. 12, Núm. 5, 2016. Págs. 270-279. Título original: <i>Significance and Implications of Patient-reported Xerostomia in Sjögren's Syndrome: Findings From the National Institutes of Health Cohort</i>. Traducido por: Karla Elbazi y Paola Viñas.</p>	<p>salivales con 701 SS, 355 Sicca y 247 participantes de ISS (Síndrome de Sjögren incompleto). Se evaluaron las características demográficas de estos grupos, estratificadas por la presencia o ausencia de xerostomía. En el grupo de SS, la edad, la raza y el origen étnico fueron significativamente diferentes entre aquellos con y sin xerostomía. Los tres grupos, SS, Sicca e ISS difirieron en la prevalencia de características clave, es decir, xerostomía, puntaje de enfoque positivo y serología positiva, el grupo SS tuvo la mayor prevalencia de estas características. La duración de los síntomas de sequedad bucal también difirió entre los grupos, siendo el grupo SS el que tuvo la duración mediana más larga.</p>	<p>boca seca puede afectar negativamente la salud bucal, el bienestar general y la calidad de vida del paciente, es un resultado centrado en el paciente que debe considerarse en la investigación de SS y el tratamiento de la enfermedad. En este estudio, se examinó la importancia de la xerostomía informada por los pacientes de > 3 meses de duración en individuos con SS, Sicca e ISS. En la población de estudio, la prevalencia de xerostomía fue mayor en el grupo SS seguido por los grupos Sicca e ISS. Nuestro estudio evaluó la xerostomía informada por el paciente de > 3 meses y encontró que es un indicador significativo de SS. En SS, los cambios cualitativos en la saliva pueden ser más informativos que el flujo salival cuantitativo. La saliva es un fluido complejo que tiene muchas funciones y muchos componentes con diferentes características físicas que no se</p>
---	---	--

		<p>pueden capturar solo con mediciones de flujo. El conocimiento actual de que la xerostomía causa una morbilidad considerable y un déficit de calidad de vida en los pacientes con SS, estos hallazgos sugieren que la xerostomía autoinformada debe considerarse en los sistemas de clasificación de SS y ser un criterio de valoración objetivo en los ensayos clínicos e investigación de SS.</p>
<p>38. VIRDEE, Simrun y otros: “Una revisión sistemática del síndrome de Sjögren primario en poblaciones masculinas y pediátricas”. Londres, Inglaterra. Clin Rheumatol, Vol. 36. 2017. Págs. 2225-2236. Título Original: <i>A systematic review of primary Sjögren’s syndrome in male and paediatric populations</i>. Traducido por: Karla Elbazi y Paola</p>	<p>En cuanto la demografía / epidemiológica se incluyeron datos de siete estudios sobre la población masculina y cinco sobre la población pediátrica. La cohorte total de varones adultos incluidos en nuestra revisión sistemática consistió en 210 pacientes (rango de 12 a 60 pacientes / por estudio). La cohorte pediátrica consistió en 132 pacientes (rango 11-42 pacientes / por estudio). Todas las poblaciones masculinas incluyeron comparaciones con la población de pacientes femeninas, mientras que en los estudios pediátricos, sólo un</p>	<p>En la revisión sistemática destacó las manifestaciones clínicas y los marcadores serológicos del SSp notificados con más frecuencia en la población de varones y niños, lo que aumentó la conciencia de los médicos sobre las características particulares de la enfermedad en poblaciones que rara vez se ven afectadas por el SSp. Esto podría tener implicaciones significativas para facilitar el diagnóstico de SSp en hombres y niños. El trabajo futuro, que incluye grandes</p>

<p>Viñas.</p>	<p>estudio comparó niños con población adulta con SSp. Cuatro de los cinco artículos pediátricos incluidos en el análisis final citaron la edad de inicio (rango de 9,5 a 10,7 años). En toda la cohorte de pacientes pediátricos, cuando se informó, la proporción mujer: hombre fue de 8: 1.</p>	<p>estudios de cohortes longitudinales que comparan pacientes masculinos versus femeninos, y pacientes adultos versus pediátricos, nos permitirá diferenciar de manera confiable la presentación y evolución de la enfermedad en estas categorías seleccionadas de pacientes.</p>
<p>39. CHEN, Xianjun y otros: “Los niveles elevados de citocinas en las lágrimas y la saliva en pacientes con síndrome de Sjögren primario se correlacionan con manifestaciones clínicas oculares y orales”. Oslo, Noruega. Scientific Reports Vol. 9, Núm. 7319. 2019. 10 págs. Título Original: <i>Elevated cytokine levels in tears and saliva of patients with primary Sjögren’s syndrome correlate with clinical ocular and oral manifestations</i>. Traducido</p>	<p>En saliva, los pacientes con SSp tenían un nivel de IP-10 más alto que los individuos sin SS y controles sanos. Tanto los pacientes con SSp como los sujetos sin SS tenían niveles más altos de MIP- Las citocinas restantes analizadas en SWS no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con SSp y los controles sanos. En consecuencia, el presente estudio mostró que los pacientes con SSp tenían un perfil de citocinas inflamatorias diferente tanto en el líquido lagrimal como en la saliva, en comparación con el de los individuos sanos y los sujetos sin SS.</p>	<p>Se ha demostrado que las citocinas reguladas detectadas en el líquido lagrimal y la saliva de pacientes con SSp muestran una interacción clara entre las respuestas inmunes innatas y adaptativas que, juntas, pueden contribuir aún más a la patogénesis de la enfermedad. Además, de las 27 citocinas examinadas, se encontró un aumento significativo de IP-10 y MIP tanto en las lágrimas como en la saliva de los pacientes con SSp, lo que refleja aún más el papel esencial de los macrófagos y la inmunidad innata en el SSp. Queda por explorar en los estudios de seguimiento si estas</p>

<p>por: Karla Elbazi y Paola Viñas.</p>		<p>citocinas reguladas al alza son una consecuencia de la patogénesis de la enfermedad o una parte del proceso de reparación.</p>
<p>40. NGO, J. Di Ying: “La experiencia vivida del síndrome de Sjögren”. Nueva Zelanda. BMC Oral Health, Vol. 6 Núm. 7. 2016. 11 págs. Título original: <i>The lived experience of Sjögren’s Syndrome</i>. Traducido por: Karla Elbazi y Paola Viñas.</p>	<p>Los datos mostraron que no es realista comprender la experiencia con un solo síntoma, pero que la enfermedad en su conjunto debe tomarse en perspectiva. La evidencia empírica apoyó cuatro temas principales que describieron la experiencia vivida del síndrome de Sjögren. Estos incluyeron: (1) el viaje hacia el diagnóstico; (2) espectro de impacto de la enfermedad (de boca seca entre otros síntomas); (3) interacciones con profesionales de la salud; y (4) el proceso de afrontamiento positivo</p>	<p>Los hallazgos revelaron las perspectivas de los pacientes sobre el diagnóstico, el manejo de la boca seca y el síndrome de Sjögren, y la interacción con los profesionales de la salud. La sequedad de boca no es un síntoma trivial para quienes padecen el síndrome de Sjögren, tiene un impacto considerable en su vida cotidiana. Los profesionales de la salud deben comprender a los pacientes como individuos en su entorno para poder ser parte del trayecto del síndrome de Sjögren.</p>
<p>41. COLQUI, Séfora: <u>Prevalencia del síndrome de Sjögren en pacientes portadores de prótesis total, hospital maría auxiliadora III-1 2014</u>, Cerro de Pasco, Perú, Universidad Nacional</p>	<p>La distribución de la presencia del síndrome de Sjögren según género, podemos observar que el 28.42% presentan el síndrome, de los cuales el 21.58% corresponde al género femenino y el 6.84% al masculino. Se presenta la distribución de las manifestaciones bucales del síndrome</p>	<p>El grupo etáreo preponderante en el estudio es de 46 - 60 años con 41.05%. El género más frecuente en el estudio es el femenino con 51.58%. El tipo de prótesis más utilizado es el tipo acrílico con 65.26%. La incidencia del síndrome de Sjögren en pacientes</p>

<p>Daniel Alcides Carrión, 2015. 57 págs.</p>	<p>de Sjögren según el tipo de prótesis, podemos observar que del 59.26% que presenta queilitis angular, el 46.30% utiliza prótesis acrílica, y el 12.96% prótesis acrílica – metálica; del 25.93% que presenta ulceraciones, el 16.67% utiliza prótesis acrílica y el 9.26% prótesis acrílica – metálica; por último del 14.81% que presenta fisuras de lengua y mucosas, el 9.26% utiliza prótesis acrílica – metálica y el 5.56% prótesis acrílica.</p>	<p>portadores de prótesis total es de 28.42%. La característica clínica predominante del síndrome de Sjögren es la xerostomía con 61.11%. La manifestación bucal más frecuente del síndrome de Sjögren es la queilitis angular con 59.26% donde el 46.30% utiliza prótesis de tipo acrílico, y el tipo de manifestación bucal del síndrome de Sjögren varía de acuerdo al tipo de prótesis que utilizan los pacientes.</p>
<p>42. ALBRECHT, Katinka y otros: “La prevalencia de implantes dentales y factores relacionados en pacientes con síndrome de Sjögren: resultados de un estudio de cohorte” Berlin, Alemania, The Journal of Rheumatology, Vol. 3, Num. 7, 2016. 6 págs. Título original: <i>The Prevalence of Dental Implants and Related Factors in Patients with</i></p>	<p>Los 32 pacientes con SS con implantes dentales tenían un aproximado de 3,1 ± 2,0 implantes. En particular, para estos pacientes, su implante existente más antiguo sobrevivió durante un período medio de 4,9 ± 5,4 años. Se tuvo que retirar un total de 5 de 104 (4,8%) implantes en los pacientes y ninguno de los 14 implantes en los controles. El 75% de los pacientes estaban muy satisfechos con los implantes y el 97% los recomendaría a otros pacientes con SS.</p>	<p>Una parte sustancial de los pacientes con SS tienen complicaciones dentales y requieren implantes posteriores. La mayoría estaba satisfecha con los implantes y los recomendaría a otros pacientes. La alta tasa de supervivencia de los implantes puede alentar a los pacientes, reumatólogos y dentistas a considerar los implantes dentales para el tratamiento de pacientes con SS.</p>

<p><i>Sjögren Syndrome: Results from a Cohort Study.</i> Traducido por: Karla Elbazi y Paola Viñas.</p>		
<p>43. GURKAR, Haraswarupa y otros: “Manejo prostodóntico del paciente con xerostomía: Una modificación de la técnica” (reporte de un caso), India, Hindawi Publishing Corporation, Vol. 2016, Art. ID 8905891. 2015. 6 págs. Título original: <i>Prosthodontic Management of Xerostomic Patient: A Technical Modification (case report.</i> Traducido por: Karla Elbazi y Paola Viñas.</p>	<p>El objetivo del tratamiento de la xerostomía es realizar funciones orales cómodas para el paciente durante el uso de prótesis dentales. Al mismo tiempo, debe darse prioridad a la retención y estabilidad de la prótesis. Para mejorar la retención en pacientes xerostómicos se recomienda el uso de cremas hidratantes orales, adhesivos dentales, depósitos para dentaduras postizas, revestimientos blandos y diversos tratamientos superficiales con el fin de aliviar los efectos de la xerostomía.</p>	<p>El manejo prostodóntico del paciente xerostómico ha sido un tarea desafiante para el dentista. Pero este informe de caso proporciona varios métodos de tratamiento que se adaptan tanto a la necesidad de xerostomía como a la falta de retención debido a las crestas reabsorbidas en pacientes completamente edéntulos. Dado que la calidad y la cantidad de saliva, tiene un papel importante en el éxito de prótesis completas, los pacientes con hiposalivación necesitan ser tratado para prevenir efectos adversos en la mucosa oral.</p>
<p>44. ALMEIDA, Daniel y otros: “Implantes dentales en pacientes con síndrome de Sjögren: una revisión sistemática”, Brasil, PLoS</p>	<p>Se observó una supervivencia media del 93,7% en un período medio de 3,97 años de seguimiento. Los estudios informaron un número bajo de MBL (perdida del hueso marginal)</p>	<p>Con las limitaciones de esta revisión y con base en los datos disponibles, la terapia con implantes dentales en pacientes con SS parece presentar una alta</p>

<p>ONE, Vol. 12, Núm. 12, 2017. 12 págs. Título original: <i>Dental implants in Sjögren's syndrome patients: A systematic review</i>, traducido por: Karla Elbazi y Paola Viñas.</p>	<p>y complicaciones biológicas. Todos los estudios analizados observaron una mejora en la calidad de vida de los sujetos con SS y rehabilitados mediante implantes dentales.</p>	<p>tasa de supervivencia del implante, baja MBL (Pérdida del Hueso Marginal) y bajas complicaciones biológicas. Además, todos los estudios incluidos observaron un aumento en la calidad de vida de los pacientes con SS que fueron rehabilitados mediante implantes dentales.</p>
<p>45. GENTARO, Mori y otros: "Prótesis implanto-soportadas en pacientes con síndrome de Sjögren con seguimiento de 3 años" (reporte de un caso), Japón, Tokyo. The Bulletin of Tokyo Dental College, Vol. 59, Núm. 3, 2018 págs. 201-206. Título original: <i>Implant-supported Protheses in Patients with Sjogren's Syndrome: clinical report with 3 year Follow-up</i>, traducido por: Karla Elbazi y Paola Viñas.</p>	<p>El tratamiento con implantes en pacientes con una disminución salival que conlleva a un riesgo potencial como el fracaso de la cicatrización de la mucosa, fracaso precoz antes de la osteointegración y desarrollo de periimplantitis después de la osteointegración En el presente caso, se realizó un tratamiento con implante en un paciente con SS, se obtuvieron buenos resultados durante el periodo de seguimiento de años. El criterio de diagnóstico de un paciente con SS se realiza un ensayo sobre la medición de secreción salival el cual arrojó un resultado de la prueba: <10 ml/ 10min el cual indica el grado de sequedad en la boca fue notable. La terapia de</p>	<p>El seguimiento del caso no tuvo complicaciones, incluyendo la inflamación de los tejidos blandos perimplantares o resorción del hueso perimplantar observados por 3 años. El tratamiento con la prótesis implanto-soportada aumento sustancialmente el confort y la función protésica. Estos hallazgos sugieren que el tratamiento de implantes en pacientes con SS ofrece una alternativa viable para aquellos que usan prótesis dentales removibles.</p>

	<p>mantenimiento preventivo reduce el riesgo de peri-implantitis de 43,9 a 18% a nivel de pacientes, igualmente una revisión sistemática concluyo que, si bien debería recomendarse un intervalo de citas de 5-6 meses, deben ajustarse de acuerdo cual sea el perfil de riesgo del paciente. Sin embargo, aún no existe un protocolo basado en pruebas para el tratamiento de peri-implantitis. Por lo tanto los pacientes con SS es importante acortar el periodo de citas para detectar signos iniciales de peri-implantitis para evitar prevenir una mayor progresión. El tratamiento con implantes no es frecuente como tratamiento en pacientes con SS, muchos tienden a perder dientes temprano debido a la hiposalivacion dando lugar a una dentadura edentula. Los resultados indican el mantenimiento a largo plazo</p>	
<p>46. DE MENDONÇA, Marcos y otros: “Tratamiento del paciente con síndrome de Sjögren: informe de un caso de Rehabilitación protésica</p>	<p>Los resultados de este informe clínico, con un seguimiento de 6 años, mostraron que este paciente diagnosticado con síndrome de Sjögren y artritis reumatoide podría tratarse con éxito con implantes y</p>	<p>Dentro de las limitaciones de este informe de caso, podemos sugerir que es posible tratar pacientes parcialmente edéntulos con Síndrome de Sjögren asociado con artritis reumatoide y diabetes,</p>

<p>con seguimiento de 6 años” (reporte de un caso), Brasil, Hindawi Publishing Corporation, Vol. 2014, Art. ID 761251. 2014. 5 pags. Título original: <i>Management of Sjogren’s Syndrome Patient: A Case Report of Prosthetic Rehabilitation with 6-Year Follow-Up (case report)</i>, traducido por: Karla Elbazi y Paola Viñas.</p>	<p>prótesis fija.</p>	<p>uso de corticosteroides y terapia hiperglucémica oral con implantes dentales y prótesis fijas. Este tratamiento mejoró la comodidad del paciente y no mostró pérdida ósea después 6 años.</p>
<p>47. BOGUCKI, Zdzislaw y otros: “Evaluación clínica de adhesivos dentales utilizados en pacientes con xerostomía”, Estados Unidos, Medicine, Vol. 94, Núm. 7. 2015. 6 págs. Título original: <i>A Clinical Evaluation Denture Adhesives Used by Patients With Xerostomia</i>, traducido por: Karla Elbazi y Paola Viñas.</p>	<p>Casi dos tercios de los participantes (61,6%) notaron resultados positivos del adhesivo sobre la retención de la prótesis maxilar. Respecto a la duración de la efectividad del adhesivo, el 36,6% de los participantes informó una mejor retención de las dentaduras postizas superiores durante más de 12 horas. 35% de los pacientes informaron una eficacia de hasta 8 horas. Casi todos los participantes (98,8%) indicaron que la capacidad de masticar era "mucho mejor" (56,6%) o "mejor" (43,3%) al momento de usar</p>	<p>Los adhesivos dentales proporcionan una mejora notable en la retención y estabilización de las dentaduras postizas completas maxilares proporcionando una mejor función masticatoria y confort psicológico a los pacientes.</p>

	el adhesivo.	
<p>48. CUERVO, J: <u>Prótesis total con reservorio salival en un paciente con síndrome de Sjögren</u>, Bogotá, Colombia, Universidad Nacional de Colombia, 2018. 17 págs.</p>	<p>Las técnicas protésicas para pacientes desdentados totales pueden ayudar a tratar los síntomas con la fabricación de reservorios internos en las dentaduras completas con liberación esporádica de sustitutos salivales aliviando los síntomas durante el día. El paciente tratado se seleccionó cuidadosamente ya que debe existir un buen espacio intermaxilar, una dimensión vertical adecuada para que el grosor de la prótesis no afecte, por ejemplo la fonética. Además el paciente debe tener buena destreza motriz y una visión adecuada para manejar en buena forma sus prótesis con reservorio.</p>	<p>Las ventajas de este sistema es la posibilidad de permanecer varias horas sin la necesidad de cargar botellas de agua o de enjuagues que incomodan a los pacientes. Esta técnica permite un retiro seguro de las tapas de los reservorios con una cucharilla dental suministrada por el odontólogo. Los reservorios son una medida complementaria excelente en los pacientes con síndrome de Sjögren grave.</p>
<p>49. ZERO, Dominic y otros: “Guías de práctica clínica para el manejo oral de la enfermedad de Sjögren” (Dental caries prevention), Estados Unidos, The Journal of the American Dental Association, Vol. 147, Núm. 4, 2016. 11 págs.</p>	<p>Las recomendaciones finales para los pacientes con Síndrome de Sjögren fueron las siguientes: se debe usar fluoruro tópico en todos los pacientes; aunque los resultados de ningún estudio vinculan la mejora del flujo salival con la prevención de caries, la comunidad de salud bucal generalmente acepta que el aumento de la saliva puede contribuir a</p>	<p>Basado en evidencia limitada, la incidencia de caries en pacientes con Síndrome de Sjögren se puede reducir con el uso de fluoruro tópico como primera línea de tratamiento. Existen otras estrategias preventivas, incluida la estimulación salival, antimicrobianos como clorhexidina sin fluoruro y</p>

<p>Título original: <i>Clinical practice guidelines for oral management of Sjögren disease</i>, traducido por: Karla Elbazi y Paola Viñas.</p>	<p>disminuir la incidencia de caries, por lo que se puede considerar aumentar la saliva mediante estimulación gustativa, masticatoria o farmacéutica; la clorhexidina administrada como barniz, gel o enjuague y los agentes remineralizantes sin fluoruro se pueden considerar como una terapia complementaria.</p>	<p>agentes remineralizantes, pueden considerarse como tratamientos coadyuvantes. Este estudio de investigación específica la aplicación de intervenciones preventivas en pacientes con Síndrome de Sjogren.</p>
<p>50. GARVI, Cleofe: “Tratamiento odontológico de pacientes con Síndrome de Sjögren”, España, Revista Ocronos. Vol. III. Nº 6, 2020.</p>	<p>El tratamiento de la sequedad oral está enfocado en ayudar a mantener la cavidad bucal húmeda para evitar la aparición de otras complicaciones bucales. Debemos comenzar con tratamiento preventivo realizando una anamnesis exhaustiva sobre el tipo de dieta que toma el paciente, limitando el consumo de carbohidratos. Se le aconsejará la toma frecuente de líquidos y dietas semilíquidas. Se debe restringir el consumo de alcohol, tabaco y cafeína. Una minuciosa higiene bucal es necesaria debido a la elevada incidencia de caries que presentan estos pacientes. Se recomiendan dentífricos fluorados sin laurilsulfato de sodio, ya que éste provoca irritación en las mucosas.</p>	<p>El síndrome de Sjögren involucra gran cantidad de especialidades debido a la presencia de glándulas exocrinas que existen en los diferentes sistemas del cuerpo humano. El odontólogo debe conocer las diferentes manifestaciones orales que se presentan en el síndrome de Sjögren, así como las medidas higiénicas, dietéticas, preventivas y paliativas que requerirá el paciente en su tratamiento</p>

<p>51. STEFANSKI, Ana-Luisa y otros: “El diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Sjögren”, Alemania, Dtsch Arztebl Int, Vol. 114, Núm. 20, 2017. 10 págs. Título original: <i>The Diagnosis and Treatment of Sjögren’s Syndrome</i>, traducido por: Karla Elbazi y Paola Viñas.</p>	<p>La terapia modificadora de la enfermedad se reserva para pacientes con afectación sistémica; hay pruebas limitadas de su eficacia. Debido a la complejidad de esta enfermedad, algunas de sus manifestaciones clínicas pueden requerir un tratamiento interdisciplinario.</p>	<p>Las principales consideraciones en la atención interdisciplinaria de los pacientes con Síndrome de Sjögren son las medidas para mejorar la calidad de vida, los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para mantener bajo control la actividad de la enfermedad.</p>
<p>52. MUÑOZ, Alicia y otros: “La Xerostomía en el paciente geriátrico”. España. ASUNIVEP, Vol. II, Cap. 10. 2016, págs. 75-79</p>	<p>Hay varias enfermedades sistémicas que pueden cursar con xerostomía, tales como Síndrome de Sjögren. Sin embargo, sin duda son los fármacos los que provocan la gran mayoría de casos, siendo la principal causa de xerostomía en ancianos. El 80% de los medicamentos que se prescriben con más frecuencia provocan disminución de la secreción de saliva, donde adquieren un papel importante los fármacos anticolinérgicos, igualmente la radioterapia y quimioterapia en las regiones de cabeza y cuello también contribuyen a su desarrollo. Para iniciar el tratamiento se deben</p>	<p>Se puede concluir, que la xerostomía va a condicionar la vida del anciano, causando afecciones tanto a nivel oral, afectando a la capacidad masticatoria, como de forma general en todo el organismo, pudiendo también favorecer al aumento de infecciones oportunistas. Son los fármacos los principales causantes de este problema, haciendo especial mención a los fármacos anticolinérgicos, debido a las repercusiones que origina este problema en este tipo de</p>

	<p>identificar las causas que dieron lugar a la xerostomía. Con respecto a la prevención primaria, se debe mantener una higiene bucodental adecuada con visitas regulares al odontólogo, dietas cariogénicas, mantener una adecuada ingesta de agua. Las prótesis dentales removibles deberán ser revisadas para obtener una estabilidad correcta que evite las irritaciones sobre la mucosa, así como será necesario la vigilancia de su limpieza. Aquellos casos en que las medidas anteriores no hayan dado resultado, o en combinación con esos tratamientos, así como en ausencia de parénquima glandular residual, se podrá utilizar productos que sustituyan la saliva. Las salivas artificiales son compuestos que contienen agua, mucinas, electrolitos, glucoproteínas, enzimas, edulcorantes, carboximetilcelulosas, y otros conservantes. Se pueden encontrar en solución líquida, geles, pastillas, o pulverizaciones</p>	<p>pacientes, influyendo en aspectos como su comunicación, alimentación, estética, esfera psicológica y autoestima, se hace necesario incidir en la formación de los profesionales en su manejo y cuidados, siendo la prevención la medida más importante. Para ello, la educación sanitaria es una herramienta indispensable que los profesionales deberán de utilizar, fomentando la higiene bucal, medidas dietéticas, evitando sustancias nocivas como el alcohol, el tabaco y el café, entre otros.</p>
<p>53. GARCIA, Antonio y otros: "Papel del odontólogo en el manejo</p>	<p>Los resultados de esta revisión muestran que las principales causas de la xerostomía son el síndrome de</p>	<p>La evaluación inicial de los pacientes con síntomas de boca seca debe incluir una historia</p>

<p>de la hipofunción salival glandular: Xerostomía”. España. ASUNIVEP, Vol II, Cap. 3, 2018, 26-33 págs.</p>	<p>Sjögren, los fármacos y la radioterapia de cabeza y cuello. En resumen, la presencia de xerostomía crónica aumenta exponencialmente el riesgo de padecer dificultad para masticar y halitosis, caries dental, desmineralización, sensibilidad dental, candidiasis y enfermedades periodontales. Todas estas condiciones pueden afectar negativamente a la calidad de vida del paciente.</p>	<p>médica y dental detallada que facilite el diagnóstico precoz de la hipofunción salival glandular e identifique las causas subyacentes. Un examen completo de la cabeza y el cuello (tanto extraoral como intraoral) es importante para identificar la presencia o ausencia de saliva acumulada en el suelo de la boca, así como para proporcionar una evaluación inicial de la cantidad y calidad de saliva. El dentista debería inspeccionar y palpar las glándulas salivales mayores para identificar masas, inflamación y sensibilidad. La planificación del tratamiento para aliviar los síntomas de la sequedad bucal debe ser individualizada a cada paciente. Un modelo de cuidado multidisciplinar para la xerostomía e hipofunción salival glandular debe incluir los siguientes apartados: educación al paciente, manejo de condiciones sistémicas y el uso de medicación, medidas preventivas para reducir</p>
--	--	--

		la xerostomía, prevención de caries y farmacoterapia con estimulantes salivales.
54. GONZALEZ, Sergio: <u>Tratamiento multidisciplinar en pacientes parcialmente edéntulos: a propósito de dos casos clínicos.</u> España. Universidad Zaragoza. Grado en Odontología. 2017. 47 págs.	El manejo de pacientes con edentulismo parcial es una práctica muy habitual en odontología general. Como hemos podido ver, son varias las posibilidades terapéuticas con las que se pueden tratar a este tipo de pacientes. En el caso de disminución salival, se busca aumentar el flujo de saliva, mediante sialogogos, que suelen tener un mayor efecto sobre las tasas de saliva no estimulada, ya sea con pastas de dientes, sprays, enjuagues o chicles, que contienen aceite de oliva, xilitol, triclosan, betaína o pilocarpina, este último un poco más cuestionado por los efectos indeseables; y sustitutos salivares como la mucina o la carboximetilcelulosa.	El manejo odontológico de pacientes parcialmente edéntulos requiere un abordaje multidisciplinar para devolver la estética, función y salud oral al paciente, donde el odontólogo debe conocer e informar de las distintas posibilidades terapéuticas al paciente.
55. MARTINEZ, M y otros: <u>Xerostomía: tratamientos locales, sistémicos y no convencionales. Un Scoping Review.</u> Perú.	La muestra estuvo compuesta por 19 investigaciones que fueron clasificadas según distintas variables en: tratamientos locales, sistémicos y no convencionales. De los estudios considerados, la mayoría (68.4%) se	En la actualidad, existe una amplia gama de alternativas terapéuticas para el manejo de la xerostomía. Ya sea que, se quiera optar por una vía de administración sistémica, por una

<p>Universidad Andrés Bello. 2020. 18 págs.</p>	<p>enfocó en las terapias locales, cuadruplicando tanto los tratamientos sistémicos, como los no convencionales. Esto, podría estar relacionado con que las terapias locales son consideradas la primera línea de tratamiento, son más fáciles de aplicar y presentan una menor cantidad de efectos adversos. Donde gran parte de las investigaciones se enfocaron en productos naturales, una alternativa que podría ser beneficiosa para la población debido a su favorable relación costo/beneficio. De estos, el jengibre, el ácido málico, las infusiones de hierbas mucilaginosas y el regaliz fueron utilizados en más de una investigación, ya sea por si solo o como complemento.</p>	<p>aplicación vanguardista como los tratamientos no convencionales o por una medida local. Siendo esta última, la primera línea de acción frente a esta condición. A modo general, el uso de ácido málico ha demostrado resultados concretos de su efectividad, lo que lo posiciona como una alternativa segura para el tratamiento de esta condición. Pese a ello, alternativas naturales a base de compuestos vegetales y terapias como la electroestimulación de glándulas salivales, aparecen como terapias prometedoras que vale la pena seguir investigando.</p>
<p>56. NAVARRO, Anabel: <u>Nuevas Estrategias de Tratamiento en Pacientes con Xerostomía: Estudio Clínico para Evaluar la Eficacia y Tolerabilidad de los Antioxidantes.</u> España. Universidad de Murcia. Facultad de</p>	<p>Observamos que para los pacientes incluidos en el grupo tratamiento, fue beneficioso para un 23%, extremadamente beneficioso para el 7%, y sólo un poco beneficioso para el 30% de los pacientes. Queda determinado que los pacientes sometidos al spray bucal de aceite de oliva y licopeno obtuvieron una</p>	<p>El uso del tratamiento de la aplicación tópica de un spray bucal con contenido de aceite de oliva y licopeno de 0'2 ml 3 veces al día, provoca un aumento de la sialometría basal. Respecto a la evolución de los síntomas y manifestaciones orales evaluados encontramos que en el grupo</p>

<p>Medicina. 2015. 142 págs</p>	<p>mejora favorable en comparación con el grupo placebo, que fue beneficiosa para el 13% de los pacientes y sólo un poco beneficiosa para el 40% restante.</p>	<p>tratamiento se ha producido una mejoría en cuanto a la dificultad para hablar, de la cantidad de saliva que nota el paciente en su boca y de la sequedad de los labios.</p>
<p>57. CONEJEROS, Catalina y Díaz, Laura: <u>Eficacia de un estimulante versus un sustituto salival en el tratamiento de la xerostomía y su impacto en la calidad de vida.</u> Chile. Universidad Andrés Bello. Facultad de Odontología. 2016. 129 págs.</p>	<p>Respecto al flujo salival, se observa tanto en los grupos de intervención como en el placebo un aumento significativo del flujo salival no estimulado (pvalor: 0,004 - 0,002 - 0,020). En cuanto al flujo salival estimulado, se observa un leve aumento, sin embargo, este no fue significativo (p-valor: 0,241 – 0,657 – 0,105), similar a lo reportado por Araya y Sánchez (2015), quienes observaron un aumento significativo del flujo salival no estimulado por parte del spray de ácido málico y no así, del flujo salival estimulado. Por otra parte, gran cantidad de pacientes relataron la utilización del medicamento en períodos del día en que no se presenta estimulación salival, como al despertar o posterior a periodos largos sin ingesta de alimentos sólidos o líquidos, por lo</p>	<p>El Spray ácido málico y el Colutorio generan un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes. El Spray ácido málico es más utilizado diariamente en comparación al Placebo y Colutorio por su fácil forma de aplicación. No se observa relación entre uso de fármacos y xerostomía y los tres agentes generan adherencia similar al tratamiento. Cabe destacar que existen pocos estudios que evalúan la funcionalidad de un tratamiento con respecto a la calidad de vida de los pacientes con xerostomía. Las futuras investigaciones deberían enfocarse en evaluar si los tratamientos utilizados, independiente si actúan como estimulantes o sustitutos salivales,</p>

	que éste podría estar actuando cuando no se presenta otro tipo de estimulación	aportan significativamente en la mejoría de la calidad de vida de los pacientes, y no solamente la obtención de resultados positivos en la reducción o el control de la xerostomía
58. AL HAMAD, Arwa y otros: “Intervenciones para la boca seca e hiposalivación en el síndrome de Sjögren: una revisión sistemática y un metanálisis”. Londres. Wiley Online Library, Vol. 25, Núm. 4. 2018. Págs. 1027-1047. Título original: <i>Interventions for dry mouth and hyposalivation in Sjögren’s syndrome: A systematic review and meta analysis</i> . Traducido por: Karla Elbazi y Paola Viñas.	Se incluyeron 36 estudios (3274 pacientes) en la revisión sistemática. Los resultados de los análisis mostraron pruebas de alta calidad de que la pilocarpina fue superior al placebo para reducir los síntomas de sequedad bucal. Se encontró evidencia de calidad moderada de que la pilocarpina, el rituximab y el interferón alfa fueron más efectivos que el placebo para aumentar el flujo salival, y el tamaño del efecto relevante fue grande para la pilocarpina y notablemente más pequeño para el rituximab y el interferón alfa.	Los clínicos deben tener mucha confianza en los efectos beneficiosos de la pilocarpina sobre los síntomas de sequedad bucal de la SS y moderadamente seguros de que la pilocarpina, el rituximab y el interferón alfa pueden tener efectos beneficiosos sobre el flujo salival. Los eventos adversos son comunes. El uso de otras modalidades de tratamiento no puede apoyarse sobre la base de la evidencia actual.
59. HAN, Phuu y otros: “Boca seca: un tema crítico para los pacientes adultos mayores”. Japón.	Cuando se trata del tratamiento de la sequedad bucal, ya sea objetivo o subjetivo, no hay respuestas fáciles sobre el mejor curso de acción para un	Es importante comprender las causas de la boca seca y educar a nuestros pacientes. Comenzar un programa de prevención lo antes

<p>Journal of Prosthodontic Research, Vol. 59, Núm. 1. 2015. Págs. 6-19.</p> <p>Titulo original: <i>Dry mouth: A critical topic for older adult patients.</i></p> <p>Traducido por: Karla Elbazi y Paola Viñas.</p>	<p>individuo específico. Si bien la mayoría de los estudios citados han examinado los casos más difíciles de boca seca (por ejemplo, el síndrome de Sjögren y el que se observa durante y después de los tratamientos para el cáncer de cabeza y cuello), hay muchos adultos mayores que demuestran sequedad en la boca por el uso de múltiples medicamentos. Este artículo presenta un resumen de la etiología, diagnóstico, prevención y tratamiento farmacológico y no farmacológico de la boca seca (hipofunción salival y xerostomía en adultos mayores).</p>	<p>posible considerando los tratamientos más prácticos, rentables y eficientes con la mejor relación riesgo-beneficio ayudará a disminuir los síntomas y secuelas de sequedad bucal.</p>
<p>60. SALUM, Fernanda y otros: “Hipofunción salival: una actualización de las estrategias terapéuticas”. Brasil. Wiley Online Library, Vol. 35, Núm. 4. 2018. Págs. 305-316. Título original: <i>Salivary hypofunction: An update on therapeutic strategies.</i></p> <p>Traducido por: Karla</p>	<p>Se seleccionaron 25 ensayos clínicos que investigan los efectos de los sustitutos salivales, goma de mascar, ácidos málico y cítrico, pilocarpina, cevimelina, betanecol, acupuntura, oxigenoterapia hiperbárica y terapias regenerativas sobre la hipofunción salival. En la mayoría de los estudios, el número de participantes fue bajo y los períodos de seguimiento cortos. Las modalidades terapéuticas se clasificaron según el nivel de</p>	<p>La pilocarpina y la cevimelina tuvieron la evidencia más sólida de un efecto beneficioso sobre la hipofunción salival. Los ácidos cítrico y málico aumentan el flujo salival pero también aumentan el riesgo de erosión y caries dental. No hay ensayos clínicos controlados que respalden la eficacia de la acupuntura, la terapia con células madre y la terapia génica sobre la disfunción</p>

<p>Elbazi y Paola Viñas.</p>	<p>evidencia sobre disfunción salival.</p>	<p>salival, aunque las observaciones clínicas sugieren un efecto prometedor. No hay evidencia que apoye los sustitutos salivales, la goma de mascar, betanecol u oxígeno hiperbárico en el tratamiento de la hipofunción salival.</p>
<p>61. FRYDRYCH, Agnieszka: “Sequedad de boca: xerostomía e hipofunción de las glándulas salivales”. Australia. Australian Family Physician, Vol. 45, Núm. 7. 2016. Págs. 488-492. Título original: <i>Dry mouth: Xerostomia and salivary gland hypofunction</i>. Traducido por: Karla Elbazi y Paola Viñas.</p>	<p>Afectando al 10-30% de la población en general, la sequedad de boca se considera una de las condiciones de salud bucal más comunes, pero menospreciadas, infra diagnosticadas y mal controladas, que pueden disminuir significativamente la calidad de vida. Se pueden usar lubricantes orales para controlar la xerostomía, una de las sustancias más sencillas y económicas que se puede utilizar como lubricante oral es el aceite de oliva, que ha demostrado ser de algún beneficio en pacientes con xerostomía inducida por medicamentos. También existe una amplia gama de lubricantes orales disponibles comercialmente, predominantemente basado en el gel de carboximetilcelulosa (CMC). El cuidado de un paciente con boca seca</p>	<p>La sequedad bucal es un problema común y creciente. También es un problema potencialmente difícil de manejar ya que las asociaciones entre la hipofunción de las glándulas y xerostomía, son complejas y poco entendidas. Si bien los problemas de salud bucal generalmente se dejan en manos del profesional dental, la sequedad bucal a menudo no solo se asocia con enfermedades sistémicas y/o su tratamiento, sino que también puede tener un impacto significativo en el bienestar general de una persona. El manejo exitoso de la sequedad bucal depende de la comunicación efectiva entre las profesiones odontológicas y médicas. La</p>

	<p>también debe abarcar el manejo de cualquier posible complicación de la mucosa oral y de los dientes. Las enfermedades de las mucosas, como la candidiasis oral, la mucositis y el aumento del riesgo de úlceras bucales, se controlan mediante el uso de agentes antimicóticos adecuados y reduciendo la exposición a irritantes como el alcohol, el tabaquismo y la comida picante</p>	<p>gestión del problema debe centrarse en identificar y eliminar la causa, si es posible. En situaciones en las que se espera que la sequedad bucal sea un problema persistente, se pueden considerar lubricantes orales, sustitutos salivales antimicrobianos o estimulación salival. También es crucial para el manejo apropiado de las posibles complicaciones dentales y de la mucosa oral de la sequedad bucal.</p>
<p>62. STEFANSKI, Ana: “El diagnóstico y el tratamiento del síndrome de Sjögren”. Alemania. Dtsch Arztebl Int. Vol. 114, Núm. 20. 2017. págs. 354-361. Título original: <i>The Diagnosis and Treatment of Sjögren’s Syndrome</i>. Traducido por: Karla Elbazi y Paola Viñas.</p>	<p>El sello histológico de la enfermedad es la infiltración linfocítica focal en los acinos glandulares de apariencia normal. La enfermedad también eleva notablemente el riesgo de linfoma no Hodgkin de la serie de células B, que surge en aproximadamente el 5% de los pacientes. El síndrome de Sjögren primario (SSp) difiere de la forma secundaria (SSs), que aparece en el contexto de otra enfermedad autoinmune, en particular lupus eritematoso sistémico (15-36%), artritis reumatoide (20-32%) y enfermedad sistémica limitada o</p>	<p>Las principales consideraciones en la atención interdisciplinaria de los pacientes con enfermedad de Sjögren son las medidas para mejorar la calidad de vida, los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para mantener bajo control la actividad de la enfermedad y el manejo del riesgo de linfoma. Los enfoques terapéuticos futuros deben tener en cuenta la heterogeneidad de la enfermedad.</p>

	<p>progresiva esclerosis (11-24%). La terapia modificadora de la enfermedad se reserva para pacientes con afectación sistémica; hay pruebas limitadas de su eficacia. Debido a la complejidad de esta enfermedad, algunas de sus manifestaciones clínicas pueden requerir un tratamiento interdisciplinario.</p>	
<p>63. SANCHEZ, Fausto: <u>Repercusión de la xerostomía en pacientes adulto mayores portadores de prótesis dentales acrílicas</u>, Guayaquil, Ecuador, Universidad de Guayaquil Facultad Piloto de Odontología, 2015. 84 págs.</p>	<p>Para Nederfors y cols la xerostomía afecta al 21,3% de los varones y al 27,3% de las mujeres. Estas cifras aumentan con la edad... En el caso de pacientes que reciben atención protésica, resulta aún más complicado, ya que la mayor parte de estos son adultos de edades avanzadas, que han perdido parte o todos sus dientes y que además, según los problemas de salud que presenten, requieren del uso de medicamentos y es por lo que el protesista debe estar atento tanto con el paciente que acude por primera vez a recibir atención, como el que ya ha usado prótesis previamente.</p>	<p>En el campo odontológico los pacientes que presentan xerostomía o síndrome de la boca seca presentan problemas con la correcta adaptación de las prótesis dentales ya que está comprobado que la mayoría de los pacientes adultos mayores son portadores de este tipo de prótesis lo cual saliva desempeña un papel importante en este campo ya que actúa como adhesivo entre las estructuras bucales y la prótesis permitiéndole retención y estabilidad los cuales son indispensables en el acto de la masticación de los alimentos durante la fonación y la estética ya que no solo permite un cambio</p>

		<p>funcional sino que también actúa como integradora social haciendo sentir al portador de prótesis seguro de sí mismo. Su mala adaptación puede provocar problemas en los tejidos blandos, lesiones que se producen por roce de ambas superficies. Por lo cual es necesario que el profesional a cargo establezca un plan de tratamiento que permita a estos pacientes llevar a cabo sus funciones fisiológicas normales las cuales son el uso de sustancias paliativas y la elaboración de prótesis con reservorios salivales nos van a brindar el éxito de nuestro tratamiento.</p>
<p>64. CABEZAS, Beryini: <u>Aspectos más relevantes a considerar de la prótesis dental en personas de la tercera edad.</u> Guayaquil, Ecuador, Universidad de Guayaquil Facultad Piloto de Odontología, 2015. 82 págs.</p>	<p>Entre las enfermedades que presentan complicaciones al momento de adaptar la prótesis dental, la xerostomía representa el 10% de ellas.</p>	<p>Enfermedades como la xerostomía, puede convertir a la prótesis dental en un arma más que una ayuda para los adultos mayores, para este tipo de pacientes se debe tener principal atención en cuanto a la aparición de lesiones que pueden infectarse. El control de una buena higiene bucal es de vital importancia para</p>

		<p>el éxito de la rehabilitación protésica principalmente en pacientes adultos mayores, es importante que en estos pacientes se maneje un control más estricto en cuanto a la higiene debido a las complicaciones que podrían aparecer debido a las enfermedades conexas que presentan la mayoría de estos pacientes.</p>
<p>65. HUNGRIA, Eder: <u>Efecto de la prótesis dental en la función masticatoria</u>, Guayaquil, Ecuador, Universidad de Guayaquil, Facultad de Odontología, 2020. 82 págs.</p>	<p>Aylas indica que la fuerza masticatoria disminuye debido a dolores y afectaciones gingivales ocasionadas por la prótesis en 50% de los pacientes, Esquivel encontró que se presenta en el 40%, Reyes indico que la incidencia fue del 35% de los pacientes, Velástegui demostró en su estudio que es frecuente en 32% de los pacientes, mientras, Kretschmann encontró una ocurrencia del 29%. Esquivel indica que 34% presentan problemas masticatorios debido a mala adaptación oclusal de la prótesis, Flórez indico que 31% se afectan debido a esto, Kretschmann encontró una ocurrencia de 29% de los</p>	<p>Un mal diseño de la prótesis disminuye entre el 30 y 42% de la fuerza masticatoria, así mismo la mala adaptación de la prótesis puede provocar la aparición de afecciones gingivales, provocando disminución de la fuerza masticatoria en 29 al 50%. La mala adaptación gingival de la prótesis, una oclusión inadecuada de la prótesis y problemas con desgastes y reparaciones de la prótesis dental son los más grandes problemas que desencadenan afectaciones masticatorias. Las malas adaptaciones de la prótesis dental</p>

	<p>pacientes, Reyes obtuvo un resultado de 25%, Aylas refirió que 24% de pacientes presento problemas oclusales.</p>	<p>a sí mismo un mal diseño puede causar alteraciones de la articulación temporomaxilar lo que ocasiona directamente disminución de la fuerza masticatoria</p>
<p>66. JAMIRES, Felix: <u>Xerostomía, flujo salival y su correlación con la adaptación de prótesis totales.</u> Brasil. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Odontologia. 2017. 75 págs. Título original: <i>Xerostomia, Fluxo Salivar e sua correlação com adaptação às próteses totais.</i> Traducido por: Karla Elbazi y Paola Viñas.</p>	<p>La saliva juega un papel crucial para los usuarios de prótesis removibles en términos de comodidad y retención. Entre la prótesis y la mucosa oral hay una capa delgada saliva que lubrica e hidrata la mucosa, protegiéndola de las fuerzas agresivas transmitidas por la prótesis. El presente estudio mostró que la xerostomía y el cambio cuantitativo del flujo salival es común en pacientes que usan prótesis dentales. Provocando como consecuencia, poca tolerancia de los pacientes que poseen prótesis removibles, tanto en términos de prótesis parciales así como prótesis totales, quienes reportan extrema incomodidad en su uso, ya sea por lesiones de las mucosas, infecciones fúngicas o pérdida de retención de la prótesis por la mucosa, lo que puede causar un gran malestar durante la</p>	<p>A la vista de los resultados obtenidos y las limitaciones de este estudio, se concluye que el flujo salival está directamente relacionado con el período de adaptación a las nuevas prótesis totales convencional.</p>

	vida social.	
<p>67. LETAWSKY, Veronica y otros: “Un tutorial sobre el papel de la saliva en la deglución con un enfoque en el síndrome de Sjögren”.</p> <p>Estados Unidos.</p> <p>American Journal of Speech-Language Pathology, Vol. 29, Núm. 2020. 3.2020. págs. 1307-1319. Título original: <i>A Tutorial on Saliva's Role in Swallowing With a Focus on Sjögren's Syndrome</i>. Traducido por: Karla Elbazi y Paola Viñas</p>	<p>La saliva juega un papel vital en la deglución, en particular la lubricación, la formación de bolo y la salud bucal. El SS afecta a las glándulas salivales alterando el flujo y la composición de la saliva. Se identificaron 55 estudios (N) que midieron los cambios salivales, agrupándolos según cuatro estratos delimitados por actualizaciones de los criterios de clasificación de SS. Para algunos, el resultado es xerostomía, disfagia y reducción de la calidad de vida. Las evaluaciones formales de la saliva incluyen la puntuación clínica de sequedad oral, el inventario de xerostomía y la escala de clasificación de secreciones. La atención multidisciplinaria es óptima para pacientes con cambios salivales.</p>	<p>Comprender los cambios salivales en la enfermedad puede mejorar la comprensión de la deglución e informar la práctica de la disfagia. Ampliar las evaluaciones de la deglución con evaluaciones formales de saliva y las perspectivas de los pacientes al respecto puede ayudar a desarrollar tratamientos a medida, mejorando finalmente los resultados y la calidad de vida.</p>
<p>68. VARGAS, Karen: <u>Calidad de vida y salud bucal en usuarios de prótesis dental removible del centro integral del adulto mayor en lima</u></p>	<p>Al comparar los resultados de las personas que padecen xerostomía, el estudio mostro que el 10,1% padece de esta. Mientras que en la autopercepción de calidad de vida en los usuarios en evaluación se</p>	<p>Analizando la correlación entre calidad de vida y estado de salud bucal de los usuarios en estudio, podemos concluir que el 23,2% presentaron una buena calidad de vida y al mismo tiempo una salud</p>

<p>2018. Perú. Universidad Privada Norbert Wiener. Facultad de Ciencias de la Salud. 2018. 118 págs.</p>	<p>evidencio que un 54,5% auto percibe una buena calidad de vida, seguido de un 34,3% que percibe una calidad de vida regular y por último el 11,1% auto percibe un nivel deficiente. Concluyendo que la satisfacción de la prótesis dental fue el predictor más fuerte de la CVRSB, obteniendo en sus resultados que existe una relación entre calidad de vida y salud bucal.</p>	<p>bucal de nivel regular; y al ser relacionadas entre sí mediante la prueba de tau b de kendall (-0,262) nos indicó un nivel bajo de relación, siendo significativo estadísticamente (p=0,004). Por tanto podemos inferir que cuando la calidad de vida es buena, la salud bucal es más saludable.</p>
<p>69. LADINO, Mabel y otros: “Síndrome de Sjögren. Caso clínico”. Chile. Rev. chil. pediatr. Vol. 86 no. 1. 2015. Págs 47 – 51</p>	<p>En la actualidad no existen criterios diagnósticos pediátricos estandarizados de SS, por lo que se utilizan los criterios de clasificación EU-USA 2002 para adultos, se propusieron criterios preliminares pediátricos en 1999, pero estos no han sido validados en estudios posteriores, los cuales incluyen otros síntomas no incluidos en los criterios diagnósticos, como parotiditis recurrente, fatigabilidad, artralgias y disminución de la capacidad física. Además, estos criterios tomaron en cuenta la baja frecuencia de los signos orales y oculares en los niños, debido probablemente a la corta duración de la enfermedad por lo que sería</p>	<p>El SS es una enfermedad autoinmune multisistémica poco frecuente en pediatría. Por ello, solo si conoce esta enfermedad se puede sospechar y derivar al paciente para un estudio y tratamiento adecuado. La presentación de SS en la edad pediátrica es diferente que en los adultos, lo que se debe tener presente en el momento de plantear el diagnóstico; además, los síntomas de sicca son menos frecuentes en los niños. Debemos aprender de los reumatólogos adultos, los cuales tienen un mayor número de pacientes con este síndrome y, por lo tanto, una</p>

	<p>necesario realizar un seguimiento a largo plazo en estos pacientes. Es importante saber que también existen los síntomas sicca (presencia de ojo y boca seca) secundarios al uso de fármacos. Del caso el paciente presentaba xerostomía con múltiples caries dentales, como lo describe la literatura médica. En algunos reportes de casos en pediatría, el 59% cumplieron con los criterios de los síntomas orales pediátricos, comparado con pacientes adultos, en los que este signo se encuentra en el 92% de los casos de SS.</p>	<p>mayor experiencia en su diagnóstico y tratamiento. Por otra parte, el tratamiento del SS, además de mejorar la calidad de vida, permite hacer el seguimiento, lo que puede evitar complicaciones secundarias a sus síntomas sicca, detectar presencia de un linfoma que es más prevalente en estos pacientes pediátricos o diagnosticar posteriormente alguna otra enfermedad autoinmune.</p>
<p>70. AGUILAR, Jacqueline: <u>Experiencia de enfermedad y su asociación con calidad de vida en relación a salud general y oral en mujeres chilenas con síndrome de Sjögren</u>, Santiago de Chile, Universidad de Chile, Facultad de Odontología, 2019. 68 págs.</p>	<p>Con respecto a los años que tenían las participantes cuando presentaron sus primeros síntomas y fueron diagnosticadas, se obtuvo un promedio de edad de 34,8 y 38,5 años respectivamente. El tiempo promedio entre que las voluntarias presentaron los primeros síntomas y su diagnóstico definitivo fue de 3,16 años, existiendo un máximo de 11 años para su confirmación diagnóstica y también se presentaron casos donde los síntomas y el diagnóstico se dieron dentro del</p>	<p>Se ha detectado que en un alto porcentaje de las pacientes existía una concordancia de vivencias, por lo que estas experiencias deberían ser consideradas al describir la enfermedad y proponer los posibles tratamientos paliativos. La calidad de vida en relación a salud general y oral se ven afectada por los signos y síntomas propios del síndrome y las consecuencias asociadas, así como también la percepción,</p>

	<p>mismo año... Los principales síntomas que identificaron las pacientes en relación a su enfermedad como autoreporte (pregunta abierta), fueron la sensación de sequedad bucal y ocular con un 74,2% cada una.</p>	<p>interacción y reacción del entorno frente a la enfermedad... La visibilización del síndrome, en los profesionales de la salud, permitiría entre otros beneficios: un mayor reconocimiento para una correcta derivación o un diagnóstico temprano, el manejo de más información para orientar al paciente y a su familia, mayor empatía y comprensión por el equipo de salud con estas pacientes y la posibilidad de proponer tratamientos más integrales.</p>
<p>71. RIVERA, Cristian: <u>Desconocimiento del Síndrome de Sjögren y cómo afecta la vivencia de la enfermedad, las relaciones personales y con profesionales de la salud</u>, Santiago de Chile, Universidad de Chile, Facultad de Odontología, 2019. 36 págs.</p>	<p>El conocimiento acerca del SS es reducido tanto a nivel poblacional como a nivel médico, debido a esto, las pacientes difícilmente reconoce la enfermedad una vez que se le diagnostica, esto genera pensamientos de tipo catastróficos que afectan todos los aspectos de su vida. Las consecuencias del desconocimiento del SS en los ámbitos: familiar, social y médico. A nivel familiar y social, el desconocimiento dio lugar a situaciones en los que familiares y</p>	<p>El desconocimiento del SS tiene una gran influencia en la calidad de vida de las pacientes, con consecuencias no solo a nivel clínico sino que a nivel psicológico y emocional. Por lo mismo, estos resultados destacan la importancia de un tratamiento clínico multidisciplinario, que incluya no solo un tratamiento de los síntomas, sino que también un apoyo psicológico y consejería.</p>

	<p>amigos tenían dificultad para comprender la enfermedad una vez explicada y otras en las que a pesar de la explicación, no creían en las pacientes... Y a nivel médico el desconocimiento se traduce en un peregrinaje, uno que toma un largo tiempo desde la aparición de los primeros síntomas hasta el diagnóstico de la enfermedad.</p>	
--	---	--