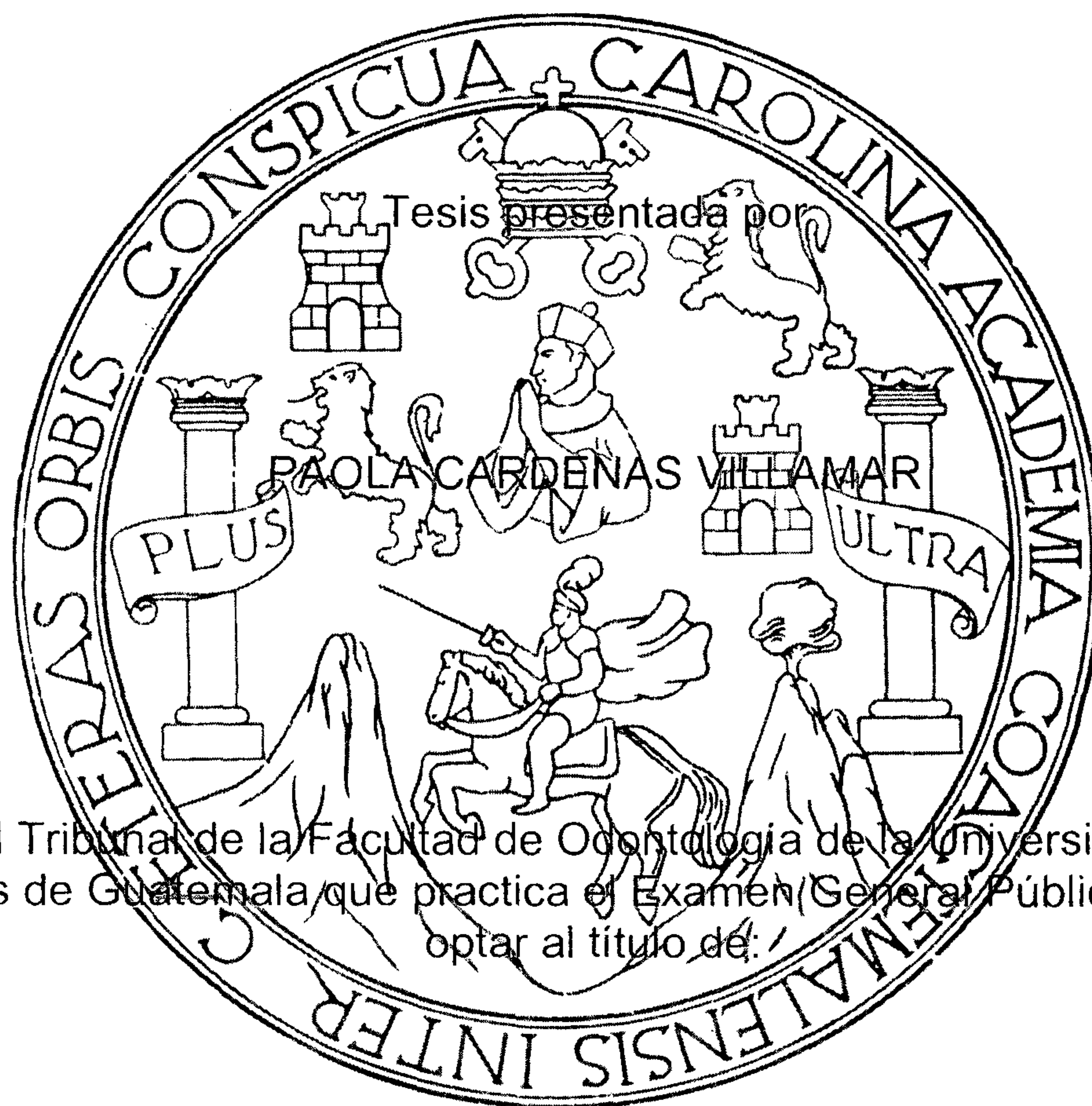


FRECUENCIA DE SINDROME DE SJOGREN Y SUS
MANIFESTACIONES BUCALES EN PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDEA QUE ASISTEN A LA CLINICA DE REUMATOLOGIA DE
LA CONSULTA EXTERNA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE
SEGURIDAD SOCIAL (I.G.S.S.) ZONA 9 CIUDAD CAPITAL.



Ante el Tribunal de la Facultad de Odontología de la Universidad de San
Carlos de Guatemala que practica el Examen General Público previo a
optar al título de:

CIRUJANO DENTISTA

Guatemala, noviembre de 2002.

DL
09
T(1630)

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Vocal Primero:	Dr. Manuel Miranda Ramírez
Vocal Segundo:	Dr. Alejandro Ruíz Ordóñez
Vocal Tercero:	Dr. César Mendizábal Girón
Vocal Cuarto:	Br. Ricardo Hernández Gaitán
Vocal Quinto:	Br. Roberto Wehncke Azurdia
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Vocal Primero:	Dr. Manuel Miranda Ramírez
Vocal Segundo:	Dr. Oscar Toralla de León
Vocal Tercero:	Dr. Luis Felipe Paz García - Salas
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

Acto que Dedico

A Dios: Ser supremo que me dio la vida.

A la Virgen María: Por ser la luz en mi camino.

A mis padres: Hugo René y Zoila Libertad por brindarme su amor y apoyo incondicional.

A mi hermano: Juan Pablo por su estímulo para alcanzar mi meta.

A mis abuelos: Marta y Alfredo, Zoilita y Tomás; por su ejemplo y sus sabios consejos que me hacen ser una mejor persona cada día.

A mis familias: Cárdenas y Villamar por su cariño y aprecio.

A la familia Cáceres Flores: Lesbia, René, Magalli, Byron y especialmente a Erick por su tiempo, solidaridad y apoyo brindado en todo momento desde el inicio de mi carrera.

A los Doctores: Victor Raúl Coronado Trujillo, Mario Taracena Enríquez, Oscar Toralla de León, Benjamín Guzmán Rodríguez; como un reconocimiento a su amistad, cariño y presencia en mi crecer como persona y profesional.

A usted: especialmente.

TESIS QUE DEDICO Y AGRADEZCO

A Dios

A Mis Padres

A Mi hermano

A Mis abuelos

A la Familia Cáceres Flores

A Mis centros de estudios

Instituto María Auxiliadora

Instituto Experimental La Asunción

A los Doctores

Victor Raúl Coronado Trujillo, Mario Taracena Enríquez,

Oscar Toralla de León, Benjamín Guzmán Rodríguez.

Al Centro de Salud de Guazacapán

A la Facultad de Odontología

A La Universidad de San Carlos de Guatemala

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a su consideración mi trabajo de tesis titulado: "FRECUENCIA DE SÍNDROME DE SJÖGREN Y SUS MANIFESTACIONES BUCALES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DE REUMATOLOGÍA DE LA CONSULTA EXTERNA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL (I.G.S.S.) ZONA 9 CIUDAD CAPITAL", conforme lo demandan los Estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de:

CIRUJANO DENTISTA

Expreso mis agradecimientos a mi asesor Dr. Oscar Stuardo Toralla de León y a mi amiga Silvia Elizania García López por su amistad y colaboración incondicional durante el desarrollo del presente trabajo.

Y a ustedes distinguidos miembros del Honorable Tribunal Examinador reciban mis más altas muestras de consideración y respeto.

INDICE

	No. Página
Sumario	01
Introducción	03
Planteamiento del Problema	06
Justificación	07
Revisión de Literatura	08
Objetivos	44
Hipótesis	47
Variables	47
Metodología	48
Presentación de Resultados	50
Discusión de resultados	67
Conclusiones	68
Recomendaciones	70
Limitaciones de la investigación	71
Bibliografía	72
Anexo No 1	75
Anexo No 2	82

SUMARIO

La presente investigación se realizó en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.) zona 9; y comprendió a un grupo de treinta pacientes con Artritis Reumatoidea en tratamiento que asisten a la clínica de reumatología de la consulta externa de dicha institución.

De los treinta pacientes que conformaron la población a veinticuatro de ellos se les realizó biopsia de glándulas salivales menores. A los seis restantes completaron la ficha clínica y se retiraron del estudio por voluntad propia antes de realizarse la biopsia. De los participantes que sí formaron parte de la biopsia se obtuvo que la misma fue positiva en diez pacientes de los cuales nueve son mujeres y un hombre.

El grupo de pacientes que resultaron positivos para Síndrome de Sjögren nos mostró que los tres síntomas más frecuentes son: sequedad, dificultad para tragar y dificultad para comidas condimentadas; los cuales predominaron en el grupo de 41-50 años, y la mayor parte de ellos presentó un tiempo de evolución de 0-2 años.

En cuanto a las manifestaciones clínicas podemos decir que las tres más frecuentes son: lengua roja y fisurada, mucosa oral seca y pegajosa y lengua depapilada, las cuales predominaron en el grupo de 41-50 años.

INTRODUCCION

La Artritis Reumatoidea es una enfermedad crónica inflamatoria generalizada, que afecta principalmente las articulaciones siendo sus características principales dolor y rigidez. La prevalencia de la Artritis Reumatoidea en la población general es de 1% - 2% (14), siendo el sexo femenino el más afectado 5% (13). Esta enfermedad del tejido conectivo es asociada al Síndrome de Sjögren (20% - 30%) (13) , el cual consiste en una enfermedad inflamatoria crónica autoinmune caracterizada por destrucción del parénquima en las glándulas salivales y lagrimales, produciendo síntomas como xerostomía (boca seca) y queratoconjuntivitis seca (ojos secos) los cuales son las manifestaciones sistémicas principales de la enfermedad, y otras (14). Algunos pacientes con Síndrome de Sjögren pueden presentar otro tipo de manifestaciones sistémicas conocidas como manifestaciones extraglandulares, las cuales incluyen vasculitis, neumonía intersticial, hipotiroidismo, y la complicación más seria es el linfoma (2,8).

Se pueden presentar otro tipo de alteraciones entre las que están resequedad de las mucosas nasales, laríngeas, faríngeas, del árbol traqueobronquial y de la vagina. Clínicamente los signos intraorales de Síndrome de Sjögren son variables e incluyen una mucosa seca, pegajosa, caries e infecciones recurrentes como candidosis (8, 2).

Anteriormente el diagnóstico de Síndrome de Sjögren se basaba en la presencia de xerostomía; sin embargo la presencia de xerostomía es insatisfactoria como diagnóstico debido a que carece de definición y su evaluación es bastante subjetiva (2,8,14), además hay otras enfermedades sistémicas que también la presentan como diabetes, desnutrición, cirrosis biliar primaria, SIDA.,entre otras (18). Para llegar al diagnóstico de Síndrome de Sjögren es importante evaluar el grado o porcentaje de infiltrado linfocitario que substituye al componente acinar que se observa histológicamente el cual es responsable de los cambios funcionales en los órganos afectados (8); una de las formas más objetivas de lograrlo es por medio de la biopsia de glándulas salivales menores del labio inferior (14).

El presente trabajo investigó la frecuencia de Síndrome de Sjögren y sus manifestaciones bucales, en pacientes con Artritis Reumatoidea que asisten a la clínica de reumatología de la Consulta externa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.) zona 9 Ciudad Capital.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Síndrome de Sjögren es un desorden sistémico autoinmune caracterizado por la destrucción de las glándulas exocrinas entre las cuales están involucradas las glándulas salivales y lagrimales. La destrucción de las glándulas salivales acompaña a otras enfermedades del colágeno-reumáticas, tales como la Artritis Reumatoidea (10). La literatura nos muestra que el odontólogo tiene un rol crítico ya que por medio de los cambios bucales como: hipofunción salival, mayor susceptibilidad a caries, enfermedad periodontal, dificultad para hablar o tragar y mucosa irritada (2); debiera ser el primero de los profesionales de la salud en diagnosticar el Síndrome de Sjögren. Prácticas preventivas en cavidad oral pueden evitar infecciones recurrentes por cándida y sialadenitis que pudieran complicar el curso de la enfermedad (10).

JUSTIFICACION

Resultados obtenidos en diferentes estudios epidemiológicos demuestran una alta prevalencia de Artritis Reumatoidea en la población adulta, la cual se distribuye en 5% en mujeres y 1% en hombres (13). El Síndrome de Sjögren se encuentra estrechamente relacionado con esta enfermedad (20% - 30%) (13). Por este motivo es necesario que se le preste atención a las manifestaciones sistémicas del Síndrome de Sjögren y entre ellas a las manifestaciones bucales como xerostomía, aumento en la incidencia de caries, enfermedad periodontal e infección recurrente como candidosis y queilitis angular, debido a que son los signos objetivos que el odontólogo puede encontrar y que al relacionarse con la historia medica anterior pueden sugerir anormalidades órgano-sistema, tales como cambios artríticos que sugieran una patosis autoinmune subyacente (10); conduciéndonos a un diagnóstico diferencial de Síndrome de Sjögren en el consultorio; por eso se hace necesario la evaluación de cavidad oral en el paciente para detectar la presencia temprana de Síndrome de Sjögren y poderle proporcionar alternativas de tratamiento que le permitan mantener un adecuado estado físico y bienestar general en cavidad bucal, como una mejor calidad de vida.

REVISIÓN DE LITERATURA.

XEROSTOMIA

La saliva tiene un rol importante para mantener un medio bucal normal. Las glicoproteínas salivales lubrican la mucosa y la dentición. Esta ayuda en la deglución, previene el trauma inducido por fricción, y coadyuva en el habla (10, 18).

Los iones de fosfato y bicarbonato ayudan a prevenir las lesiones cariosas por el mantenimiento del pH a un nivel que inhibe la colonización bacteriana y neutraliza los ácidos producidos por las bacterias en la fermentación de los carbohidratos. Los altos niveles de calcio y fosfato en la saliva permiten la remineralización de las caries incipientes. La inmunoglobulina A (Ig A) producida por células plasmáticas de las glándulas salivales, así también como lisozimas y lactoferrina, se encuentran fácilmente en la saliva, y actúan aglutinando a las bacterias o bloquean a los receptores de la película de hidroxiapatita, reduciendo el potencial para la colonización microbiana (10).

La xerostomía es descrita como una resequedad de la boca, presumiblemente por la carencia de secreciones normales, y además es una molestia bastante común que puede predisponer a enfermedades orales, esta se puede deber a; inflamación de las glándulas salivales, respiración bucal, deshidratación y a algunas drogas como: Ibuprofeno, Diazepan, Propoxifeno, Difenhidramina y otras (10, 14, 18).

Boca seca o xerostomía en sus formas más severas es observada en pacientes con una historia de radiación terapéutica de cabeza y cuello debido a tumores cancerosos, en donde las glándulas salivales son destruidas por la exposición a la radiación; también puede ser manifestación de enfermedades sistémicas autoinmunes como: cirrosis biliar primaria, reacciones antígeno-anticuerpo, SIDA, Síndrome de Sjögren, entre otras (18).

El término xerostomía se empezó a utilizar y características adicionales de los pacientes con estos síntomas fueron descritos por Hadden y Hutchinson en 1888 (14). Hadden notó la mayor prevalencia de xerostomía en mujeres, así como su asociación en algunos pacientes con deficiencia de las secreciones lagrimales y faringeas.

Subsecuentemente como resultado del trabajo hecho por Mikulicz, Gougerot y Sjögren, se ha aceptado que cuando la xerostomía se observa en pacientes con enfermedades reumáticas, se debe más frecuentemente a Síndrome de Sjögren (14).

La xerostomía predispone a los pacientes dentados a mayor incidencia de caries, la cual puede ser rampante y difícil de manejar; los que usan dentaduras pueden tener dificultad para utilizar sus aparatos, pues sufren lesiones traumáticas frecuentes y tienen dificultad en la masticación. Los pacientes con xerostomía frecuentemente se quejan de cambios o reducción en el sentido del gusto, puede haber dificultad en la deglución o el habla, debido a la falta de lubricación. La xerostomía esta relacionada a sensación de quemadura en la mucosa y a susceptibilidad de infecciones orales por Cándida (14, 18).

La xerostomía no es un criterio diagnóstico certero, ya que es una manifestación subjetiva y debe evaluarse por un extenso examen oral y tests diagnósticos para determinar la hipofunción de la glándula salival (8). Existen muchas pruebas que tratan de determinar la presencia de xerostomía, incluyen (8, 12):

- *Sialometría*: determina el flujo salival y es un indicador del funcionamiento de la glándula salival. Se pueden hacer mediciones con o sin estimulación. Esta prueba es sencilla y no invasiva pero no distingue entre varias causas de xerostomía por lo cual no puede servir como criterio diagnóstico.
- *Sialografía*: resulta útil para monitorizar el curso de una enfermedad crónica, ya que puede demostrar daño ductal.
- *Sentigrafía*: demuestra deterioro en el funcionamiento glandular. Presenta varias ventajas al ser un examen no invasivo, en el cual se pueden examinar las glándulas salivales mayores simultáneamente.
- *Sialoquímica*: se utiliza para medir componentes químicos e inmunológicos en la saliva de los pacientes.

En la actualidad, se ha concluido que no existen pruebas lo suficientemente específicas o sensibles para servir de criterio diagnóstico (8).

SINDROME DE SJOGREN

ANTECEDENTES

En 1933, Henrik Sjögren, oftalmólogo sueco hizo la descripción de 19 mujeres que presentaban sequedad ocular condición denominada "keratoconjuntivitis seca" y boca seca (xerostomía). Así también la mayoría de las mujeres presentaban Artritis Reumatoidea (2).

En 1958 Jones y en 1959 Heaton demuestran la probable naturaleza autoinmunitaria de este proceso. Bloch en 1965 considera que se encuentran asociadas otras conectivopatías y no sólo la Artritis Reumatoidea. En 1967 Told y Bunim refieren casos de malignización de estos procesos (2).

El término "Síndrome de Sjögren" (S.S) fué usado más tarde en la literatura para describir la tríada de keratoconjuntivitis seca (KCS), xerostomía y Artritis Reumatoidea (RA) (2,8).

ETIOLOGIA

La etiología del Síndrome de Sjögren (S.S) aún no se conoce, pero se cree que los pacientes responden anormalmente a uno o más antígenos desconocidos, que pueden ser virales. Se han implicado a; citomegalovirus, Epstein-Barr (VEB), paramixovirus y retrovirus. Existe evidencia de una predisposición genética a la enfermedad (8,10).

Al llevar a cabo perfiles inmunológicos en pacientes con Síndrome de Sjögren se encuentran elevadas las inmunoglobulinas, especialmente la IgG. La mayoría de pacientes tienen resultado positivo para anticuerpos antinucleares y muchos pacientes presentan factores reumatoideos. En más del 80% de los pacientes se detectan dos anticuerpos antinucleares, anti-SS-A (también llamado anti-Ro) y anti-SS-B (anti-La) (2,8,10). La presencia de estos anticuerpos no es específica para Síndrome de Sjögren, pero existe una correlación entre la cantidad de estos anticuerpos y la manifestación clínica de vasculitis, púrpura y leucopenia (8). La presencia de anticuerpos antinucleares confirma la patogénesis autoinmune de esta enfermedad (8).

También hay un componente genético para el Síndrome de Sjögren, el cual afecta nueve veces más a mujeres que a hombres; marcadores genéticos como HLA-DR3 y HLA-DW52a son frecuentemente detectados en estos pacientes (2). Existe la hipótesis que la enfermedad tiene mayor oportunidad de desarrollarse en personas que presentando estos marcadores son expuestas a otro factor como un agente infeccioso o ambiental (2).

INCIDENCIA

La incidencia de la enfermedad es mayor en mujeres de mediana edad y mayores. La razón de mujeres a hombres es aproximadamente de 10:1 (8,14). Lyons y colaboradores reportan que de 40 - 60 años es la edad de mayor incidencia, (8, 14) habiéndose descrito aunque esporádicamente también en niños de dos y medio años de edad (10, 14).

CLASIFICACION CLINICA

El Síndrome de Sjögren (S.S) es un desorden sistémico autoinmune común caracterizado por la destrucción de las glándulas exocrinas mediado por linfocitos, con la subsecuente pérdida de secreciones glandulares (10). Cuando solamente están involucradas las glándulas salivales y lagrimales, el Síndrome de Sjögren es una condición primaria y se le conoce como Síndrome seco o complejo seco (8,10). Sin embargo, la destrucción inmune de las glándulas salivales acompaña a otras enfermedades autoinmunes de las cuales la más frecuente es la Artritis Reumatoidea pero también se encuentran; el Lupus eritematoso sistémico, Esclerosis sistémica progresiva (escleroderma), Polimiositis - Dermatomiositis, Enfermedad mixta del colágeno y Poliarteritis nodosa; a esta entidad se le conoce también como Síndrome de Sjögren secundario (2,8,10).

CARACTERISTICAS OCULARES

Las manifestaciones oculares son: resequedad o una sensación de tener un cuerpo extraño arenoso, prurito y dolor (8, 13). Puede observarse eritema o edema, con una leve conjuntivitis. Se observa disminución en la cantidad y cambios cualitativos en las secreciones lagrimales (8).

CARACTERISTICAS CLINICAS ORALES

Las manifestaciones orales de la enfermedad son con frecuencia el primer síntoma. El Paciente refiere sentir la "boca seca", un sabor desagradable, dificultad en comer comidas secas (como galletas), dolor , una sensación quemante o dificultad al utilizar sus prótesis (8, 7). Clínicamente los signos intraorales son variables dependiendo de la severidad e inespecíficos ya que pueden presentarse por xerostomía crónica debida a otras causas. Los signos incluyen: ausencia de saliva o presencia de una secreción espesa y turbia desde los principales conductos salivales, labios partidos , una mucosa seca y pegajosa,

presencia de caries cervicales y/o incisales, superficie dorsal de la lengua con atrofia papilar parcial o total, mucosa oral eritematosa, que representa usualmente una candidosis eritematosa crónica, al igual que queilitis angular o estomatitis por dentaduras (2, 8, 10, 13, 14). Estos pacientes están en mayor riesgo de padecer enfermedad periodontal por la mayor acumulación de placa, caries severa y candidosis oral (2,8,10).

Las glándulas salivares mayores pueden presentar un agrandamiento firme, difuso y usualmente bilateral. Este se presenta en 33-50 % de los pacientes y es más común en las parótidas (2,8,10). Se puede observar un exudado color crema, viscoso en el orificio de un ducto de alguna glándula salivar mayor , que representa linfocitos con algunos polimorfonucleares (8, 7). La sialadenitis bacteriana sobreimpuesta no es común.

Los nódulos linfáticos en pacientes con Síndrome de Sjögren se encuentran agrandados y además presentan un infiltrado de células pleomórficas con mitosis frecuentes. Esta apariencia ha sido denominada "pseudolinfoma", ya que no cumple con los criterios histológicos de linfoma maligno (8).

OTRAS MANIFESTACIONES

Se puede presentar resequedad de las mucosas nasales, laríngeas, faríngeas, del árbol traqueobronquial y de la vagina. Se han reportado casos con; epistaxis recurrente, ronquera, disfunción de la trompa de Eustaquio y hasta nódulos vocales (8).

Los pacientes con Síndrome de Sjögren primario generalmente son sanos y responden normalmente a las infecciones; pero pueden desarrollar infiltrados linfocíticos en otros órganos que les producen variedad de complicaciones. Este tipo de complicaciones es conocido como manifestaciones extraglandulares de Síndrome de Sjögren, estas incluyen: Fenómeno de Raynaud, Cirrosis biliar primaria, Enfermedad pulmonar intersticial difusa, Hipotiroidismo, Nefritis intersticial, Gastritis atrófica crónica, Neuropatías periféricas y Vasculitis (2,8).

Puede aparecer esplenomegalia y leucopenia, sugiriendo el Síndrome de Felty, así como Vasculitis con úlceras en las piernas y Neuropatía periférica, incluso cuando no existe Artritis Reumatoidea.

Entre las anomalías neuromusculares pueden citarse: la Pielomiositis y Miopatía, Neuropatía periférica o craneal (especialmente trigémina) y Vasculina cerebral (13).

Con frecuencia se encuentra anemia, leucopenia y elevación de la velocidad de sedimentación de los eritrocitos (13).

La complicación extraglandular más seria es el aumento de la incidencia de Linfoma no-Hodgkin de células B (2,8). Linfomas malignos se desarrollan en hasta 5% de los pacientes con Síndrome de Sjögren; aparentemente el riesgo es mayor en pacientes con Síndrome de Sjögren primario. Existe la hipótesis que el Síndrome de Sjögren representa un estado crónico de hiperactividad inmunológica y la proliferación de células competentes inmunológicamente que producen autoanticuerpos predispone al desarrollo de Linfomas malignos (2,8).

HISTOPATOLOGIA

La histopatología de la lesión corresponde a un infiltrado linfocítico potencialmente agresivo. Este infiltrado es responsable de los cambios

funcionales en los órganos afectados y de las manifestaciones clínicas tan diversas (8).

La lesión inicial es representada por una lesión linfoepitelial benigna. Esto comienza alrededor de los ductos interlobulares como una sialadenitis linfocítica. La dilatación de los conductos resulta por el despliegue de linfocitos periductales (10).

Desde el daño ductal progresa a la atrofia acinar, frecuentemente proporcional a la cantidad de infiltrado linfocítico. La metaplasia escamosa del sistema ductal generalmente conduce hacia una obliteración ductal. Con este proceso se forman islas epimioepiteliales, las cuales son el distintivo de la enfermedad. Luego, en el proceso de la enfermedad, la fibrosis glandular se incrementa. Lo cual conduce hacia la pérdida de la función de todos los tejidos glandulares salivares (10). Tales lesiones pueden ser clasificadas para describir la severidad de los cambios glandulares, la clasificación describe tres tipos de alteraciones presentes en las glándulas salivares mayores, estas son (8):

- En el primer tipo existe un infiltrado linfocítico, que substituye al componente acinar, pero se conserva la arquitectura lobular de la glándula.
- El segundo tipo consiste en la presencia de islas epimioepiteliales, como las de la lesión linfoepitelial benigna.
- En el tercer tipo se observa únicamente atrofia de la glándula como consecuencia del infiltrado linfocítico.

Un área de 50 o más linfocitos es designada como foco. En la actualidad se utiliza el puntaje de foco para describir el infiltrado linfocítico en la glándula salivar. Se ha establecido que un puntaje de más de un foco en un área de 4 mm² es consistente con diagnóstico de Síndrome de Sjögren (2,8,10).

DESORDENES ASOCIADOS

En un 50 a 60% de los pacientes la enfermedad esta asociada con un desorden del tejido conectivo. Los desordenes del tejido conectivo son un grupo de enfermedades heterogéneas adquiridas, en las cuales los

factores genéticos y ambientales parecen tener algún papel. Tienen en común alteraciones inmunológicas e inflamatorias diseminadas del tejido conectivo.

Una variedad de nombres se les ha dado a las enfermedades de este grupo, tales como enfermedades del colágeno y otras, pero aún no se ha encontrado un término apropiado (14). Entre este tipo de enfermedades se incluye, la Artritis Reumatoidea como principal desorden asociado; pero también se encuentran a su vez Lupus eritematoso sistémico, Esclerosis sistémica progresiva (escleroderma), etc (13,14).

ARTRITIS REUMATOIDEA

Con respecto a la Artritis Reumatoidea (AR) Barnett dice que es una enfermedad crónica en donde una infiltración no supurativa de las articulaciones diartrodiales, se combina frecuentemente con una serie de manifestaciones extraarticulares (13). La enfermedad dentro de las articulaciones comienza con una inflamación de la sinovial, produciendo edema, congestión vascular, exudación de fibrina e infiltración celular; en

la mayoría de los casos se produce un aumento considerable en la cantidad de líquido sinovial, turbio y disminuye la viscosidad (13).

La evolución de la enfermedad varía de un paciente a otro y se caracteriza por una notable tendencia a la mejoría y exacerbación espontánea. En muchos casos es benigna y en ocasiones desaparece o permanece localizada en algunas articulaciones, dando lugar a la incapacidad funcional escasa o nula; sin embargo existe una tendencia a la recaída o la inflamación continuada, lo que origina engrosamiento de la sinovial que resulta marcado en su unión con el cartílago articular, donde el tejido de granulación forma una capa (pannus o paño) que se extiende sobre la superficie del cartílago y penetra en el hueso subcondral (13).

El estímulo antigénico que inicia la respuesta inmune, con la subsecuente inflamación en la Artritis Reumatoidea es desconocido. Por varias razones se sospecha que puede ser causada por una infección viral lenta o persistente; sin embargo jamás se han identificado las partículas virales (14). La secuencia de eventos que llevan a la enfermedad reumatoidea ya han sido descritos, entre ellos esta la detección del factor reumatoideo que constituye un importante hallazgo.

El suero de la mayoría de los pacientes afectados por Artritis Reumatoidea, contiene un anticuerpo conocido como factor reumatoideo, este anticuerpo pertenece a la clase de inmunoglobulina M o macro globulina, reaccionando de manera específica con la inmunoglobulina G (IgG) (13). Cuando esta presente en gran cantidad, este anticuerpo, puede ser detectado en el suero, mostrando todas las características de una reacción antígeno-anticuerpo, en la que el factor reumatoideo es el anticuerpo y la IgG es el antígeno (13). Actualmente, se considera que el factor reumatoideo interviene en la perpetuación de la actividad de la enfermedad, como consecuencia de las reacciones inmunológicas con la IgG, pero no es probable que sea el responsable de la iniciación de la Artritis Reumatoidea (13).

La prevalencia de la Artritis Reumatoidea en la población general es de 1-2%, el sexo femenino es el más frecuentemente afectado en una relación de 3:1, lo que representa un 5% (14). Sin embargo se puede desarrollar a cualquier edad y en diversas formas. La forma usual de iniciarse es por poliartralgias, que son precedidas por fatiga y dolores musculares. Las manos, pies, codos, hombros y tobillos suelen verse involucrados.

Rigidez de las articulaciones por las mañanas puede ser un síntoma temprano. Conforme pasan las semanas se da una poliartritis simétrica que se caracteriza por hinchazón (13,14). Menos frecuentemente la artritis empieza episódicamente en una articulación o causando extrema rigidez en las mañanas sin dolor articular aparente. En otros casos hay un componente sistémico marcado, el cual se caracteriza por fiebre, malestar, anorexia, y pérdida de peso (14). Eventualmente aparecen nódulos subcutáneos que generalmente, no están presentes al comienzo de la enfermedad en una cuarta parte de los pacientes afectados de Artritis Reumatoidea (13). Estos nódulos pueden resultar difíciles de diferenciar clínicamente de los tofos o depósitos de la gota; presentan las características de ser firmes y consistentes y tienen forma de masas ovales, cuyo tamaño puede variar entre 0.5 y 2 cms, son móviles y pueden estar fijados al periostio (13).

En todos los casos de Artritis Reumatoidea, exceptuando los leves inactivos, es de regla general la existencia de anemia; los eritrocitos tienden a ser normocíticos y sólo ligeramente hipocrómicos (13).

En aproximadamente 5% de los pacientes se presenta una esplenomegalia y cuando va asociada con leucopenia, se conoce como Síndrome de Felty (13).

Es importante la clasificación de la capacidad funcional en la Artritis Reumatoidea ya que nos va a dar una idea del avance de la enfermedad, y de hasta que punto el paciente va a poder desempeñar sus funciones normalmente.

La clasificación incluye cuatro clases que van de menor a mayor, indicando la capacidad o incapacidad que presenta el paciente, estas se describen a continuación (13):

- *Primera clase:* capacidad funcional completa con posibilidad de desempeñar todas las funciones normales de trabajo sin obstáculos.
- *Segunda clase:* capacidad funcional adecuada para las actividades normales a pesar del obstáculo que suponen las molestias o el movimiento limitado de una o más articulaciones.

- *Tercera clase:* capacidad funcional adecuada para realizar sólo alguna o ninguna de las tareas usuales o del propio cuidado.
- *Cuarta clase:* incapacidad extensa o completa que mantiene al paciente en cama o confinado a una silla de ruedas, permitiendo un grado mínimo o nulo de autocuidados.

Algo importante de la Artritis Reumatoidea es la asociación que se ha encontrado a otro tipo de desórdenes del tejido conectivo, sobresaliendo entre estos el Síndrome de Sjögren, conocida exocrinopatía autoinmune en donde ocurre una afección inmunológica de las glándulas salivales y glándulas lagrimales, ocurriendo una disminución de la secreción (13,14).

Se ha descrito el desarrollo de Síndrome de Sjögren en pacientes con padecimientos de Artritis Reumatoidea, teniendo como explicación mecanismos inmunológicos y genéticos que constituyen el común denominador para ambas entidades (13).

BIOPSIA LABIAL DE GLANDULAS SALIVALES MENORES

Para llegar al diagnóstico de Síndrome de Sjögren es importante evaluar la función de las glándulas salivales. Dentro de una de las formas más objetivas y específica está la biopsia de glándulas salivales labiales. Según Daniels, la biopsia de glándulas salivales es el método más específico para el diagnóstico (14, 5).

A pesar de ser de considerable valor obtener una biopsia de glándulas salivales mayores en pacientes con Síndrome de Sjögren; en la mayoría de los casos no se justifica debido a la incomodidad que representa para el paciente y la posible complicación con una fístula salival, daño al nervio facial y fibrosis, y sólo se lleva a cabo cuando se sospecha la presencia de Linfoma (8, 14). Además de esto, debido a su pequeño tamaño y relación con estructuras anatómicas y neurovasculares, la biopsia por aspiración sería insatisfactoria (14).

Según Lyons, Martínez y Biondo la ventaja de hacer la biopsia de glándulas salivales menores sobre la de glándulas salivales mayores, es que las glándulas del labio inferior son fácilmente accesibles, están arriba

de la capa muscular, están separadas de la membrana mucosa por una pequeña capa de tejido conectivo y la posibilidad de sangrado excesivo es mínima (14, 5).

El procedimiento de la biopsia de glándulas salivales labiales, es muy sencillo y de duración corta; se puede realizar por dos métodos bisturí o sacabocado (también conocido como punch). Se lleva a cabo de la siguiente manera:

1. Se realiza en la mucosa del labio inferior entre la línea media y la comisura.
2. Se infiltra con anestesia local con vasoconstrictor en el área seleccionada de la mucosa del labio inferior.
3. Con el labio en eversión y haciendo distensión de la mucosa, se efectúa una incisión horizontal paralela al borde del bermellón de aproximadamente 1.5 a 2.5 cms. de largo y de 0.3 de profundidad.

Si se utiliza la técnica de punch, la incisión será de forma circular.

4. Las glándulas son liberadas de su fascia por disección roma y se extirpan.

5. La incisión se sutura con puntos separados de seda negra cuatro ceros, los cuales se retiran a los cuatro o seis días.

Al utilizar la técnica de punch no es necesario suturar

6. El tejido obtenido se coloca en formalina al 100%, y es llevado al laboratorio de patología para su estudio.

Al realizar la biopsia de glándulas salivales labiales, es necesario seguir ciertos lineamientos:

A. El espécimen debe tomarse debajo de la mucosa oral normal.

B. Debe tomarse una muestra de cinco (5) o más glándulas.

C. Los puntajes de foco deben promediarse. No es aceptable un diagnóstico de Síndrome de Sjögren si solamente una de las glándulas tiene un puntaje de foco mayor de uno y el resto están normales (18).

- D. La interpretación histopatológica debe demostrar sialadenitis focal en todas o la mayoría de las glándulas y debe de presentarse un puntaje de más de un (1) foco por cuatro milímetros cuadrados (8).
- E. Se define como foco a un agregado de 50 o más linfocitos, histiocitos o células plasmáticas cuando se encuentran en un área de cuatro milímetros cuadrados (8,10).

En la actualidad hay autores que promueven la re-definición del componente salival del Síndrome de Sjögren como la presencia de sialadenitis focal en una biopsia de glándulas salivales labiales, con la presencia de más de un foco por cuatro milímetros cuadrados (8).

Existe un sistema de clasificación para las biopsias de glándulas salivales labiales que consta de cuatro grados los cuales describen la cantidad de infiltrado inflamatorio crónico por cuatro milímetros cuadrados de tejido glandular, estos grados son:

- ❖ Grado cero: se encuentra ausente el infiltrado inflamatorio crónico
- ❖ Grado uno: se encuentra un infiltrado inflamatorio leve.

- ❖ Grado dos: se encuentra un infiltrado inflamatorio menor de un foco por cuatro milímetros cuadrados.
- ❖ Grado tres: se encuentra un infiltrado inflamatorio de un foco por cuatro milímetros cuadrados.
- ❖ Grado cuatro: se encuentra un infiltrado inflamatorio mayor de un foco por cuatro milímetros cuadrados.

TRATAMIENTO PARA SINDROME DE SJOGREN

No existe un tratamiento definitivo, y debido a las múltiples molestias sistémicas que se presentan, el manejo de los pacientes involucra a un oftalmólogo y un reumatólogo además del odontólogo.

El diagnóstico del Síndrome de Sjögren nos conduce hacia un plan de tratamiento para la rehabilitación oral. Se debe comprender que esta enfermedad es continua y progresiva, y complica el mantenimiento de la higiene oral, por lo que para que el plan de tratamiento tenga éxito se necesita tanto la motivación como la colaboración del paciente para que el régimen estricto del tratamiento de resultado (10).

FLUOR

Un tratamiento preventivo de soporte para los pacientes con Síndrome de Sjögren es la aplicación tópica de flúor.

Los investigadores no han identificado una fórmula de fluoruro superior, pero de acuerdo a observaciones 0.5 a 1.1 por ciento de Naf neutral puede ser mejor. Comparando a los geles de fosfato acidulado y fluoruro estañoso, las fórmulas neutrales pueden ser menos irritantes para los tejidos periodontales (10).

La adecuada aplicación de fluoruro a la dentición es crítica para lograr máximos beneficios; un método simple y efectivo es usar cubetas completas individuales; el fluoruro es colocado a lo largo de la porción interna de cada cubeta, se inserta y se mantiene intraoralmente por 5 a 10 minutos, para que el gel llegue hasta las regiones interproximales y alrededor de los márgenes cervicales (10).

SIALOGOGOS

La hipofunción de la glándula salival puede ser tratada de diferentes maneras entre ellas, el uso de sialogogos, para incrementar la salivación haciendo posible la función de la glándula salival residual (10).

Para evaluar si un paciente será beneficiado con medicaciones estimulantes de la saliva, pueden ser colocadas unas pocas gotas de jugo concentrado de limón o solución de ácido cítrico al 2% sobre el dorso de la lengua. Si la salivación se incrementa, entonces se puede determinar que los sialogogos serán de utilidad (10).

Entre uno de los sialogogos más conocidos se encuentra la pilocarpina, la cual detallaremos a continuación.

PILOCARPINA

Es un alcaloide obtenido de las hojas de los arbustos sudamericanos del género pilocarpus. El alcaloide fué aislado en 1875 y poco tiempo después sus acciones sobre la pupila así como las glándulas salivales y

sudoríparas fueron descritas por Weber (14).

La pilocarpina estimula las estructuras inervadas por fibras colinérgicas post-ganglionares, posee pues la acción muscarínica de la acetilcolina, por consiguiente sus efectos son abolidos por la atropina. La acción muscarínica se revela especialmente por una potente estimulación de las secreciones glandulares (acción hipercrínica) (14, 16).

La pilocarpina se administra oralmente y es especialmente potente en la producción de la salivación y sudor. Se ha demostrado previamente que en las personas con función salival normal, dosis bajas de pilocarpina resultan en un transitorio pero marcado aumento en el flujo salival. La pilocarpina se absorbe bien en el tracto gastrointestinal y por las vías parenterales. La mayor parte se excreta en la orina en forma libre y parcialmente en forma combinada (14, 16).

La dosis de administración de la pilocarpina al 2% es de dos gotas en una cucharada de agua o jugo cuatro veces al día. También se encuentra disponible en tabletas de 5mg, de las cuales se administran dos tabletas al día para minimizar los efectos secundarios (10, 14).

Los efectos secundarios de la administración sistémica incluyen aumento en el sudor y la motilidad gástrica; la dosis fatal se desconoce, pero 100 mg puede ser una cantidad peligrosa (14).

Las reacciones tóxicas se caracterizan por parecerse a los efectos parasimpáticomiméticos exagerados. Los síntomas de intoxicación corresponden especialmente a la acción muscarínica de la pilocarpina, estos son; glandulares, gastrointestinales, oculares, cardiovasculares, respiratorios y nerviosos (14):

- Las manifestaciones glandulares consisten en; salivación, lagrimeo y sudoración profusas.
- Los trastornos gastrointestinales son; náuseas, vómitos, cólicos y diarrea intensa, que puede llevar a fenómenos de deshidratación.
- Los síntomas oculares consisten en miosis y visión borrosa para los objetos lejanos (espasmo de la acomodación).

- Los trastornos cardiovasculares consisten en; bradicardia o taquicardia y caída de la presión arterial hasta llegar al colapso.
- Las manifestaciones respiratorias son: disnea asmática con hipersecreción bronquial.
- Los trastornos nerviosos consisten en: temblores, vértigo, confusión mental, debilidad muscular, y a veces convulsiones y coma.

La pilocarpina está contraindicada en pacientes con (10, 14):

- Fallas cardíacas agudas.
- Asma bronquial.
- Obstrucción del tracto urinario
- Úlcera péptica.
- Hipertiroidismo.
- Mal de Parkinson.

SUSTITUTOS SALIVARES

La hipofunción de la glándula salival puede ser tratada de diferentes maneras. El método más común y benigno es la saliva artificial conocida también como sustitutos salivares (10).

Los productos de saliva artificial usualmente contienen carboximetilcelulosa o mucinas que lubrican y protegen a la mucosa (7,11). Otros ingredientes comunes son: el sorbitol y el xilitol, electrolitos y fluoruro.

Aunque algunos pacientes prefieren el agua, los sustitutos salivares también son buenos vehículos para difundir las suspensiones fungicidas tales como la nistatina o el itraconazol (10).

Existen toda una gama de sustitutos salivares tales como (8):

- Preparaciones con metilcelulosa: OREX, SALI-SYNT, XERO-LUBE,
GLANDOSANE.
- Preparaciones con oxido de polietileno: POLIOX.
- Preparaciones con mucina: SALIVA ORTHANA.

Estos sustitutos salivares, son muy efectivos en los casos que se presentan con una xerostomía avanzada. Aún y cuando presentan el inconveniente de un costo elevado aunado a que son muy difíciles de conseguir ya que son fabricados en el extranjero y para obtenerlos requiere todo un proceso de importación.

FUNGICIDAS

Los pacientes con Síndrome de Sjögren tienen infecciones recurrentes de las glándulas salivales y mucoso-orales, usualmente candidosis. Las manifestaciones clínicas varían, las más comunes son: el eritema y la pseudomembranas difusas (10, 9).

La infección en el dorso de la lengua con frecuencia se presenta en una apariencia despapilada con ardor intraoral. La mejor manera para detectar la candidosis es por medio de un cultivo directo o examen citológico (10).

Para poder tratar la mucositis candidal pueden ser utilizados antimicóticos tópicos o sistémicos.

Los portadores de prótesis removibles con candidosis oral pueden beneficiarse con la aplicación de ketoconazol al 2% en crema después de las comidas durante diez días sobre las superficies de la prótesis que se encuentran en contacto con el tejido. También se pueden emplear dosis únicas por día de fungicidas sistémicos, como por ejemplo; fluconazol (100 mg) o ketoconazol (200 mg) pueden ser administrados de una a dos semanas. Las pastillas solubles con nistatina o clotrimazol están disponibles, pero es difícil para los pacientes con xerostomía disolverlas intraoralmente debido a la ausencia de saliva (10, 17, 9).

MANEJO DEL PACIENTE CON SINDROME DE SJOGREN EN LA CLINICA DENTAL.

El diagnóstico de Síndrome de Sjögren conduce hacia un plan de tratamiento encaminado hacia la rehabilitación oral, en donde los pacientes deben comprender que esta enfermedad evoluciona y se desarrolla continuamente en forma progresiva, lo que complica el poder mantener eficientemente la higiene oral (10).

Es necesaria la disponibilidad por parte del paciente a efecto de que colabore en cumplir con un régimen estricto de higiene oral que debe ser determinado por el especialista a cargo del tratamiento para que el plan de tratamiento se desarrolle de la mejor manera y se alcancen las metas esperadas (10).

Es necesario que un paciente con Síndrome de Sjögren tenga radiografías intraorales recientes. De no ser así, deben incluirse al menos las corales posteriores y radiografías periapicales de dientes con pronóstico cuestionable. Dichas radiografías deben ser tomadas antes que sea llevado a cabo un plan de tratamiento definitivo (10).

Todos los tejidos de la cavidad oral, tanto duros y blandos deben ser examinados ampliamente y todas aquellas piezas dentales que no puedan ser restauradas comprometidas por enfermedad periodontal o caries deben ser extraídas tan pronto como sea posible. Si un paciente no colabora en mantener una higiene oral adecuada, entonces estos dientes con pronóstico cuestionable deben ser extraídos, o causarán problemas más adelante (10).

Hay diferentes lineamientos que deben ser considerados, cuando una restauración protésica es planificada para pacientes con xerostomía. Inicialmente, los odontólogos deben colocar restauraciones conservadoras mientras se determina el riesgo de caries recurrente en el paciente; los ejemplos incluyen; grandes reconstrucciones de amalgama en lugar de una prótesis fija, y removibles en lugar de una dentadura parcial fija. Si las prótesis fijas son usadas, los márgenes deben ser supragingivales para facilitar la limpieza y la aplicación del fluoruro (10).

Para restauraciones anteriores, los compómeros fotocurados son superiores debido a la liberación de flúor en la interfase de la restauración.

En los pacientes con xerostomía severa, prótesis totales satisfactoriamente retentivas pueden ser difíciles de fabricar. Existen algunas evidencias clínicas que demuestran que los pacientes con Síndrome de Sjögren están más insatisfechos con sus prótesis que los pacientes sin el Síndrome. Al igual que otros portadores de prótesis con adecuada saliva, el éxito puede depender de la morfología del reborde alveolar y del tono muscular. Si la resequedad oral causa dificultad a los pacientes con xerostomía, la elaboración de las prótesis puede ser

modificada con la finalidad de incluir un reservorio para la saliva artificial (10).

Los pacientes con Síndrome de Sjögren necesitan citas de control cada cuatro meses para permitirle al odontólogo la oportunidad de evitar lesiones cariosas extensas (no restaurables), y evaluar anomalías tales como la candidiasis o agrandamientos de las glándulas salivales , lo cual puede ser señal de un Linfoma no Hodgkin (10).

OBJETIVOS

General

- Determinar la frecuencia de Síndrome de Sjögren y sus manifestaciones bucales en pacientes con Artritis Reumatoidea que asisten a la clínica de reumatología de la Consulta externa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.) zona 9 Ciudad Capital

Específicos

- Determinar si la presencia de síntomas en los pacientes con Artritis Reumatoidea principalmente boca seca y ojos secos estan relacionados con un diagnóstico positivo de Síndrome de Sjögren por medio de la biopsia de glándulas salivales menores.
- Determinar la frecuencia de Síndrome de Sjögren en el sexo masculino en los pacientes con Artritis Reumatoidea que asisten a la clínica de reumatología de la Consulta externa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.) zona 9 Ciudad Capital.

- Determinar la frecuencia de Síndrome de Sjögren en el sexo femenino en los pacientes con Artritis Reumatoidea que asisten a la clínica de reumatología de la Consulta externa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.) zona 9 Ciudad Capital.
- Determinar la distribución de edad de Síndrome de Sjögren en el sexo masculino en los pacientes con Artritis Reumatoidea que asisten a la clínica de reumatología de la Consulta externa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.) zona 9 Ciudad Capital.
- Determinar cuales son las alteraciones más comunes en cavidad oral en pacientes con Artritis Reumatoidea que asisten a la clínica de reumatología de la Consulta externa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.) zona 9 Ciudad Capital

- Determinar cuales son las alteraciones más comunes en cavidad oral en pacientes con Artritis Reumatoidea y Síndrome de Sjögren que asisten a la clínica de reumatología de la Consulta externa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.) zona 9 Ciudad Capital.

HIPOTESIS

Las manifestaciones bucales como ausencia o disminución de la secreción salival , candidiasis, caries cervicales, dificultad al comer, hablar o tragar; en pacientes con Artritis Reumatoidea nos guían hacia un diagnóstico de Síndrome de Sjögren.

VARIABLES

Independiente

La relación de la Artritis Reumatoidea como principal enfermedad de tejido conectivo asociada con el Síndrome de Sjögren.

Dependiente

Las manifestaciones bucales como xerostomía, presencia de caries cervical o incisal, mucosa irritada, seca y pegajosa, candidosis; son por medio de las cuales puede darse como diagnóstico diferencial el Síndrome de Sjögren en pacientes con Artritis Reumatoidea; las que serán reafirmadas por medio de la biopsia de glándulas salivales labiales.

METODOLOGIA

El cien por ciento (100%) de la población estudiada comprendió al grupo de 30 pacientes con Artritis Reumatoidea en tratamiento y que asiste a la clínica de reumatología de la consulta externa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.) zona 9 Ciudad Capital.

Los pacientes fueron informados acerca del Síndrome de Sjögren por charlas impartidas en un salón ubicado en el segundo nivel del I.G.S.S zona 9 ; luego de lo cual se realizaron los siguientes procedimientos:

1. Recolección de datos generales e historia clínica por medio de entrevistas personales que fueron realizadas a cada uno de los pacientes (anexo 1).
2. Realización de exámen clínico extraoral e intraoral, para tomar nota de las manifestaciones bucales que se presentaron y poderlas relacionar con los síntomas subjetivos que los pacientes refirieron; dicho exámen clínico tuvo lugar en las clínicas de la consulta externa del I.G.S.S. zona 9.

3. Realización de biopsia de glándulas salivares menores del labio inferior por medio de la técnica de punch o sacabocado, a los pacientes cuyos síntomas sugirieron la posible presencia de Síndrome de Sjögren.

La biopsia la llevó a cabo el Dr. Oscar Toralla; y se realizó con previa autorización del paciente (anexo 2), en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.) zona 9. Su posterior estudio histopatológico en el laboratorio de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala localizada en la zona 12. Luego se dieron a conocer los resultados de las biopsias practicadas a los pacientes y se tabularon los resultados para dar a conocer las conclusiones y recomendaciones aplicables y útiles a los pacientes, principalmente a los que resultaron positivos con el Síndrome de Sjögren, a quienes les fué indicado el tratamiento que realizó el reumatólogo.

CUADRO No. 1

FRECUENCIA DE SÍNDROME DE SJOGREN EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DE ACUERDO A SEXO

	Femenino	Masculino	Total
Síndrome de Sjogren Positivo	9	1	10
Síndrome de Sjogren Negativo	13	1	14
Pacientes que no se hizo Biopsia	5	1	6
Total	27	3	30

INTERPRETACION

De 30 personas que tomaron parte en el estudio, a 24 (80%) se les realizó biopsia de las cuales solo 10 (33.33%) salieron positivas para Síndrome de Sjögren ; siendo estas 9 mujeres (29.99%) y 1 hombre (3.33%).

CUADRO No. 2

DETERMINACIÓN DE LOS SÍNTOMAS PRESENTADOS Y NO PRESENTADOS POR LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE SJOGREN Y ARTRITIS REUMATOIDEA (FRECUENCIA ABSOLUTA Y FRECUENCIA RELATIVA)

Síntoma	Casos Presentados	Porcentaje	Casos no presentados	Porcentaje
Sequedad	21	8.75%	9	3.75%
Dolor	16	6.67%	14	5.83%
Sensación quemante	10	4.17%	20	8.33%
Dificultad para comer comidas secas	15	6.25%	15	6.25%
Dif. Para comer comidas condimentadas	17	7.08%	13	5.42%
Dificultad para hablar	16	6.67%	14	5.83%
Dificultad para tragar	18	7.50%	12	5%
Dificultad para utilizar sus prótesis	6	2.50%	24	10%
Total	119	49.59%	121	50.41%

Dif = Dificultad

INTERPRETACION CUADRO No. 2

El 100% de los casos se encuentra desglosado entre los casos presentados 49.59% y los casos no presentados 50.41% lo cual muestra que se distribuyen de una manera similar.

A cada uno de los 30 pacientes que tomaron parte en el estudio pueden corresponder uno o más síntomas de los ocho que se estudiaron; por lo que al mencionar que los síntomas tuvieron lugar en 119 de los casos nos referimos a todo el conjunto de síntomas que se presentaron en la población.

Los ocho síntomas se presentaron en 119 de los casos de los cuales el más frecuente fué sequedad que se presentó en 21 de los casos (8.75%) y el que es menos frecuente fué dificultad para utilizar sus prótesis con 6 de los casos (2.5%).

CUADRO No. 3

COMPARACION DE LA FRECUENCIA DE LOS SINTOMAS PRESENTADOS POR LOS PACIENTES CON SINDROME DE SJOGREN Y ARTRITIS REUMATOIDEA DE ACUERDO A SEXO

Síntoma	Frecuencia	Porcentaje	S.S Positivo		S.S Negativo		No biopsia	
			Masc	Fem.	Masc	Fem.	Masc	Fem
Sequedad	21	17.65%	0	8	1	8	0	4
Dolor	16	13.45%	0	7	0	7	0	2
Sensación quemante	10	8.40%	0	5	0	3	0	2
Dif. para comidas secas	15	12.60%	0	7	0	7	0	1
Dif. para comidas cond.	17	14.28%	0	7	0	8	0	2
Dificultad para hablar	16	13.45%	0	8	0	6	0	2
Dificultad para tragar	18	15.13%	0	8	0	8	0	2
Dif. para utilizar sus prótesis	6	5.04%	0	2	0	3	0	1
Total	119	100%	0	52	1	50	0	16

Dif = Dificultad

S.S = Síndrome de Sjogren

INTERPRETACION CUADRO No. 3

Puede observarse que la frecuencia de los síntomas en las pacientes que son positivas para Síndrome de Sjögren es de 52 (43.70%) mientras que en los pacientes con Artritis Reumatoidea (pacientes negativos para Síndrome de Sjögren y pacientes que no se hicieron la biopsia) es de 67 (56.30%). Los síntomas más frecuentes son sequedad con 8 (6.72%) para Síndrome de Sjögren positivo y 13 (10.93%) para pacientes con Artritis Reumatoidea, además de dificultad para tragar con 8 (6.72%) y 10 (8.40%) para Síndrome de Sjögren y Artritis Reumatoidea respectivamente.

CUADRO No. 4

COMPARACION DE LA FRECUENCIA DE LOS SINTOMAS PRESENTADOS POR LOS PACIENTES CON SINDROME DE SJOGREN Y ARTRITIS REUMATOIDEA DE ACUERDO A EDAD

Síntoma	Frecuencia	Porcentaje	S.S Positivo				S.S Negativo				No biopsia			
			30-40	41-50	51 -60	61 ó mas	30-40	41-50	51 -60	61 ó mas	30-40	41-50	51 -60	61 ó mas
Sequedad	21	17.65%	0	5	2	1	2	4	2	1	2	0	2	0
Dolor	16	13.45%	0	5	1	1	2	3	2	0	1	0	1	0
Sensación quemante	10	8.40%	0	4	1	0	0	2	1	0	1	0	1	0
Dif. para comidas secas	15	12.60%	0	5	2	0	2	3	2	0	0	0	1	0
Dif. para comidas cond.	17	14.28%	0	4	2	1	1	5	2	0	1	0	1	0
Dificultad para hablar	16	13.45%	0	5	2	1	2	3	1	0	1	0	1	0
Dificultad para tragar	18	15.13%	0	5	2	1	2	4	2	0	1	0	1	0
Dif. para utilizar sus prótesis	6	5.04%	0	2	0	0	1	2	0	0	1	0	0	0
Total	119	100%	0	35	12	5	12	26	12	1	8	0	8	0

Dif = Dificultad

S.S = Síndrome de Sjogren

INTERPRETACION CUADRO No. 4

En cuanto a la frecuencia de los síntomas por edad podemos decir que en los pacientes que son positivos para Síndrome de Sjögren predominó el grupo de 41-50 años con 35 (29.41%) mientras que en los pacientes con Artritis Reumatoidea se mostró una diferencia ya que en el grupo de Síndrome de Sjögren negativo se presentaron con más frecuencia en el grupo de 41-50 años con 26 (21.84%) mientras que en el de pacientes que no se hicieron la biopsia se distribuyó de simil manera en los grupos de 30-40 y 51-60 años ambos con 8 (6.72%).

CUADRO No. 5

**COMPARACION DE LA FRECUENCIA DE LOS SINTOMAS PRESENTADOS POR LOS PACIENTES
CON SINDROME DE SJOGREN Y ARTRITIS REUMATOIDEA DE ACUERDO A TIEMPO DE
EVOLUCION.**

Síntoma	Frecuencia	Porcentaje	S.S Positivo			S.S Negativo			No biopsia		
			0 -2	3 - 5	6 ó mas	0 -2	3 - 5	6 ó mas	0 -2	3 - 5	6 ó mas
Sequedad	21	17.65%	3	5	0	7	1	1	3	1	0
Dolor	16	13.45%	6	1	0	5	2	0	2	0	0
Sensación quemante	10	8.40%	4	1	0	1	2	0	2	0	0
Dif. para comidas secas	15	12.60%	5	2	0	5	2	0	1	0	0
Dif. para comidas cond.	17	14.28%	5	2	0	4	4	0	1	1	0
Dificultad para hablar	16	13.45%	6	2	0	4	2	0	1	1	0
Dificultad para tragar	18	15.13%	6	2	0	5	3	0	2	0	0
Dif. para utilizar sus prótesis	6	5.04%	1	1	0	2	1	0	1	0	0
Total	119	100%	36	16	0	33	17	1	13	3	0

Dif = Dificultad

S.S = Síndrome de Sjogren

INTERPRETACION CUADRO No.5

En cuanto a la frecuencia de los síntomas por tiempo de evolución no se observa mayor diferencia entre los dos grupos ; ya que los síntomas predominaron en el grupo de 0-2 años con 36 (30.25%) y 46 (36.59%) respectivamente para Síndrome de Sjögren positivo y Artritis Reumatoidea.

CUADRO No. 6

DETERMINACIÓN DE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS PRESENTADAS Y NO PRESENTADAS POR LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE SJOGREN Y ARTRITIS REUMATOIDEA (FRECUENCIA ABSOLUTA Y FRECUENCIA RELATIVA)

Manifestaciones Clínicas	Casos Presentados	Porcentaje	Casos no presentados	Porcentaje
Labios partidos	8	2.67%	22	7.33%
Queilitis angular	5	1.67%	25	8.33%
Mucosa oral seca y pegajosa	20	6.67%	10	3.33%
Mucosa oral eritematosa	13	4.33%	17	5.67%
Lengua depapilada	14	4.67%	16	5.33%
Lengua roja y fisurada	22	7.33%	8	2.67%
Caries cervical	16	5.33%	14	4.67%
Caries incisal	8	2.67%	22	7.33%
Candidosis	4	1.33%	26	8.67%
Agrand. Glándulas salivales mayores	9	3%	21	7%
Total	119	39.67%	181	60.33%

Agrand = agrandamiento

INTERPRETACION CUADRO No. 6

El 100% de los casos se encuentra desglosado entre los casos presentados 39.67% y los casos no presentados 60.33%.

A cada uno de los 30 pacientes que tomaron parte en el estudio pueden corresponder una o más manifestaciones clínicas de las diez que se estudiaron; por lo que al mencionar que las manifestaciones clínicas tuvieron lugar en 119 de los casos nos referimos a todo el conjunto de manifestaciones que se presentaron en la población.

Las manifestaciones clínicas se presentaron en 119 de los casos de las cuales la más frecuente fue lengua roja y fisurada que se presentó en 22 (7.33%) y la menos frecuente fué Candidosis con 4 (1.33%).

CUADRO No. 7

COMPARACION DE LA FRECUENCIA DE LAS MANIFESTACIONES CLINICAS PRESENTADAS POR LOS PACIENTES CON SINDROME DE SJOGREN Y ARTRITIS REUMATOIDEA DE ACUERDO A SEXO

Manifestaciones clínicas	Frecuencia	Porcentaje	S.S Positivo		S.S Negativo		No biopsia	
			Masc	Fem.	Masc	Fem.	Masc	Fem
Labios partidos	8	2.67%	1	3	0	1	0	3
Queilitis angular	5	1.67%	0	2	0	1	0	2
Mucosa oral seca y pegajosa	20	6.67%	0	7	0	9	0	4
Mucosa oral eritematosa	13	4.33%	1	4	0	4	1	3
Lengua depapilada	14	4.67%	1	6	0	4	1	2
Lengua roja y fisurada	22	7.33%	1	8	1	9	1	2
Caries cervical	16	5.33%	0	4	0	8	0	4
Caries incisal	8	2.67%	0	2	0	4	0	2
Candidosis	4	1.33%	0	2	0	0	1	1
Agrand. Glándulas salivales mayores	9	3%	0	2	0	5	0	2
Total	119	39.67%	4	40	1	45	4	25

Agrand = agrandamiento

INTERPRETACION CUADRO No. 7

Puede observarse que la frecuencia de las manifestaciones clínicas por sexo en los pacientes que son positivos para Síndrome de Sjogren es de 44 (36.97%) mientras que en los pacientes de Artritis Reumatoidea es de 75 (63.03%).

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son lengua roja y fisurada con 9 (7.56%) y mucosa oral seca y pegajosa al igual que lengua depapilada con 7 (5.88%) para Síndrome de Sjögren positivo mientras que para los pacientes con Artritis Reumatoidea se distribuye de igual manera lengua roja y fisurada y mucosa oral seca y pegajosa con 13 (10.93%).

CUADRO No.8

COMPARACION DE LA FRECUENCIA DE LAS MANIFESTACIONES CLINICAS PRESENTADAS POR LOS PACIENTES CON SINDROME DE SJOGREN Y ARTRITIS REUMATOIDEA DE ACUERDO A EDAD.

Manifestaciones clínicas	Frecuencia	Porcentaje	S.S Positivo				S.S Negativo				No biopsia			
			30-40	41-50	51 -60	61 ó mas	30-40	41-50	51 -60	61 ó mas	30-40	41-50	51 -60	61 ó mas
Labios partidos	8	2.67%	0	1	3	0	0	1	0	0	1	0	1	1
Queilitis angular	5	1.67%	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1
Mucosa oral seca y pegajosa	20	6.67%	0	4	2	1	2	5	2	0	2	0	2	0
Mucosa oral eritematosa	13	4.33%	0	2	3	0	0	3	1	0	1	0	3	0
Lengua depapilada	14	4.67%	0	3	3	1	1	3	0	0	0	0	3	0
Lengua roja y fisurada	22	7.33%	0	5	3	1	2	3	3	2	0	0	3	0
Caries cervical	16	5.33%	0	3	1	0	1	4	2	1	2	0	1	1
Caries incisal	8	2.67%	0	1	1	0	0	3	0	1	1	0	1	0
Candidosis	4	1.33%	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Agrand. Glándulas salivales mayores	9	3%	0	2	0	0	2	2	1	0	0	0	1	1
Total	119	39.67%	0	23	18	3	8	24	9	5	7	0	18	4

INTERPRETACION CUADRO No. 8

En cuanto a frecuencia de las manifestaciones clínicas por edad podemos decir que en los pacientes que son positivos para Síndrome de Sjögren predominó el grupo de 41-50 años con 23 (19.32%). En los pacientes con Artritis Reumatoidea se mostró una diferencia ya que en el grupo de Síndrome de Sjögren negativo se presentaron con más frecuencia en el grupo de 41-50 años con 24 (20.16%) mientras que en los pacientes que no se hicieron la biopsia se distribuyó en el grupo de 51-60 años con 18 (15.12%).

CUADRO No. 9

COMPARACION DE LA FRECUENCIA DEL TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA PRESENTADA POR LOS PACIENTES CON SINDROME DE SJOGREN Y ARTRITIS REUMATOIDEA DE ACUERDO A SEXO.

Tiempo de evolución Artritis reumatoidea	S.S Positivo		S.S Negativo		No biopsia		Total
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	
1 - 5 años	0	1	0	2	0	0	3
6 - 10 años	0	3	0	3	0	1	7
11 - 15 años	0	3	1	2	0	3	9
16 - 20 años	1	0	0	3	1	1	6
21 - 25 años	0	0	0	2	0	0	2
26 - 30 años	0	2	0	0	0	0	2
31 ó mas	0	0	0	1	0	0	1
Total	1	9	1	13	1	5	30

INTERPRETACION CUADRO No. 9

En cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad de Artritis Reumatoidea, en los pacientes positivos para Síndrome de Sjögren predomina de igual manera en los grupo de 6-10 y de 11-15 años con 3 (9.99%) y para los demás pacientes de Artritis reumatoidea se encuentra en el grupo de 11-15 años con 6 (20%).

DISCUSION DE RESULTADOS

Debido a que no hay antecedentes de otro estudio realizado de Síndrome de Sjögren y Artritis Reumatoidea, con el cual pueda realizarse una comparación, nos limitamos a dar la información.

De 30 pacientes que tomaron parte en el estudio, a 24 (80%) se les realizó biopsia de glándulas salivales menores de los cuales solo 10 (33.33%) salieron positivos siendo estos 9 (29.99%) mujeres y 1 (3.33%) hombre.

Los pacientes positivos para Síndrome de Sjögren mostraron que los síntomas más frecuentes son: sequedad (6.72%), dificultad para tragar (6.72%) y dificultad para comer comidas condimentadas (5.88%); el grupo de edad en el que predominaron los síntomas fué de 41-50 años con 29.41%. Y el tiempo de evolución de los síntomas se ubicó en su mayoría en el grupo de 0-2 años con 30.25%.

En cuanto a las manifestaciones clínicas se puede decir que las tres más frecuentes son: lengua roja y fisurada (7.56%), mucosa oral seca y pegajosa (5.88%) y lengua depapilada (5.88%); el grupo de edad en que predominaron fué de 41-50 años con 19.32%.

CONCLUSIONES

1. Dado que de 21 participantes que presentaron el síntoma de boca seca, solo 8 correspondieron a Síndrome de Sjögren positivo. La presencia del síntoma no en todos los casos se encuentra relacionado con un diagnóstico positivo de Síndrome de Sjögren.
2. Debido a que los participantes no estuvieron distribuidos equitativamente en cuanto al género no se puede determinar la frecuencia de esta variable por lo que sólo podemos mencionar que de 10 pacientes positivos para Síndrome de Sjögren 9 eran mujeres y 1 hombre.
3. Tanto los síntomas como las manifestaciones clínicas estudiadas, fueron más frecuentes en el grupo que comprende las edades, 41-50 años en los pacientes positivos para Síndrome de Sjögren.

4. Los tres síntomas más frecuentes en los pacientes con Síndrome de Sjögren son: sequedad, dificultad para tragar, dificultad para comer comidas condimentadas; y su tiempo de evolución predominó en el grupo de 0-2 años.
5. Las tres manifestaciones clínicas más frecuentes en los pacientes con Síndrome de Sjögren son: lengua roja y fisurada, mucosa oral seca y pegajosa, lengua depapilada.
6. Las tres manifestaciones clínicas más frecuentes en los pacientes con Artritis Reumatoidea son: mucosa oral seca y pegajosa, caries cervical, lengua roja y fisurada.
7. El tiempo de evolución de la enfermedad de Artritis Reumatoidea en los pacientes de Síndrome de Sjögren se distribuyó de similar manera en los grupos de 6-10 y de 11-15 años; mientras que, para los pacientes con Artritis Reumatoidea se distribuyó mayormente en el grupo de 11-15 años siguiéndole el de 16-20 años.

PRESENTACIÓN
DE
RESULTADOS

RECOMENDACIONES

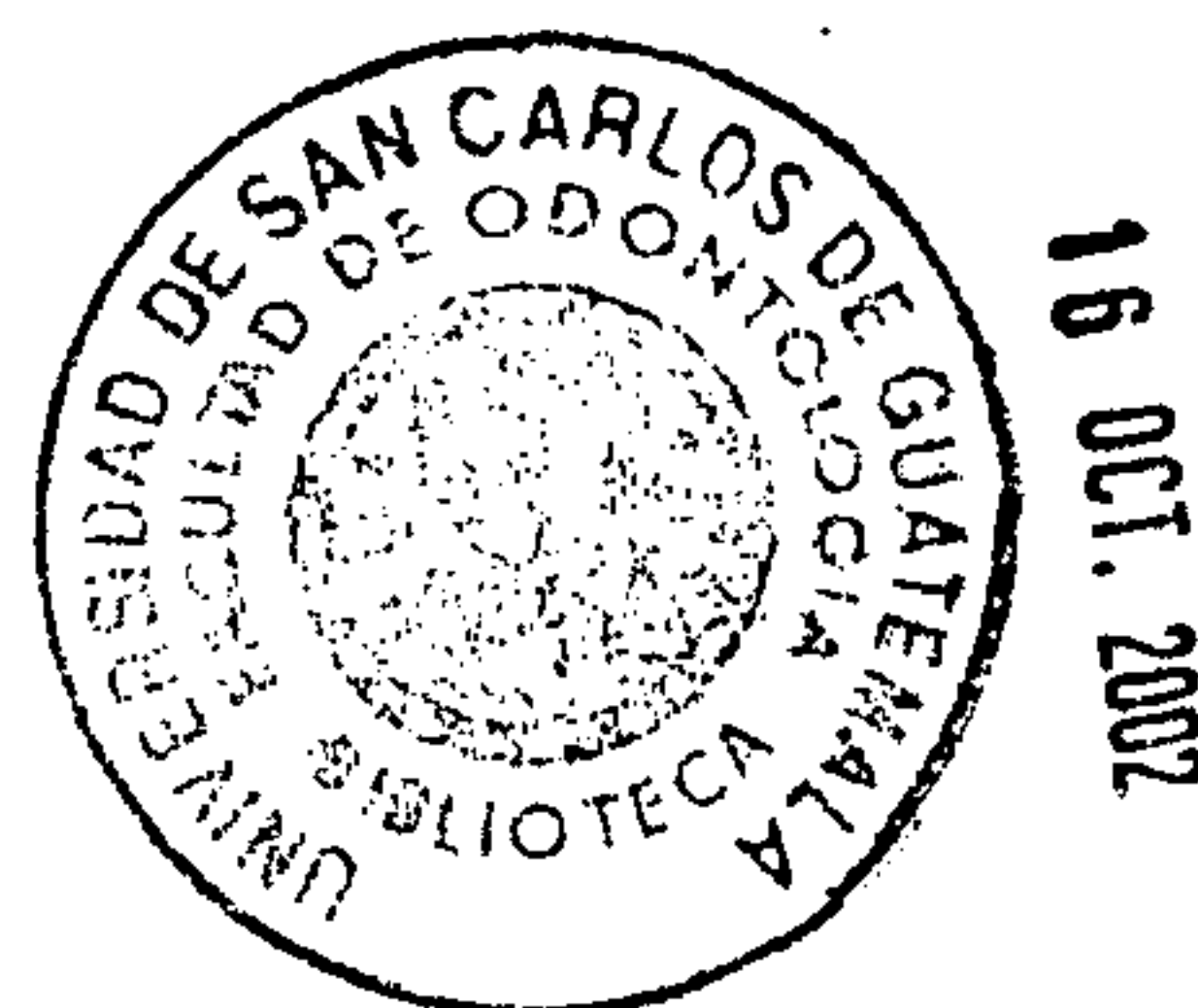
- 1. Realizar otros estudios acerca del Síndrome de Sjögren ya que la información que se tiene es limitada y se basa solo en conocimiento de la literatura proveniente de otros países.**
- 2. Realizar estudios que relacionen el Síndrome de Sjögren con otras enfermedades, para tener un conocimiento más amplio de la forma de relacionarse, así como la proporción en que se presentan.**
- 3. Al realizar estudios futuros que la comprobación del Síndrome de Sjögren se pueda realizar a través de otros métodos como test de Schimer para que se pueda comparar su efectividad con la presentada por la biopsia de glándulas salivales menores y así poder resaltar el valor de la misma como el medio más económico y rápido para determinar Síndrome de Sjögren.**

LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

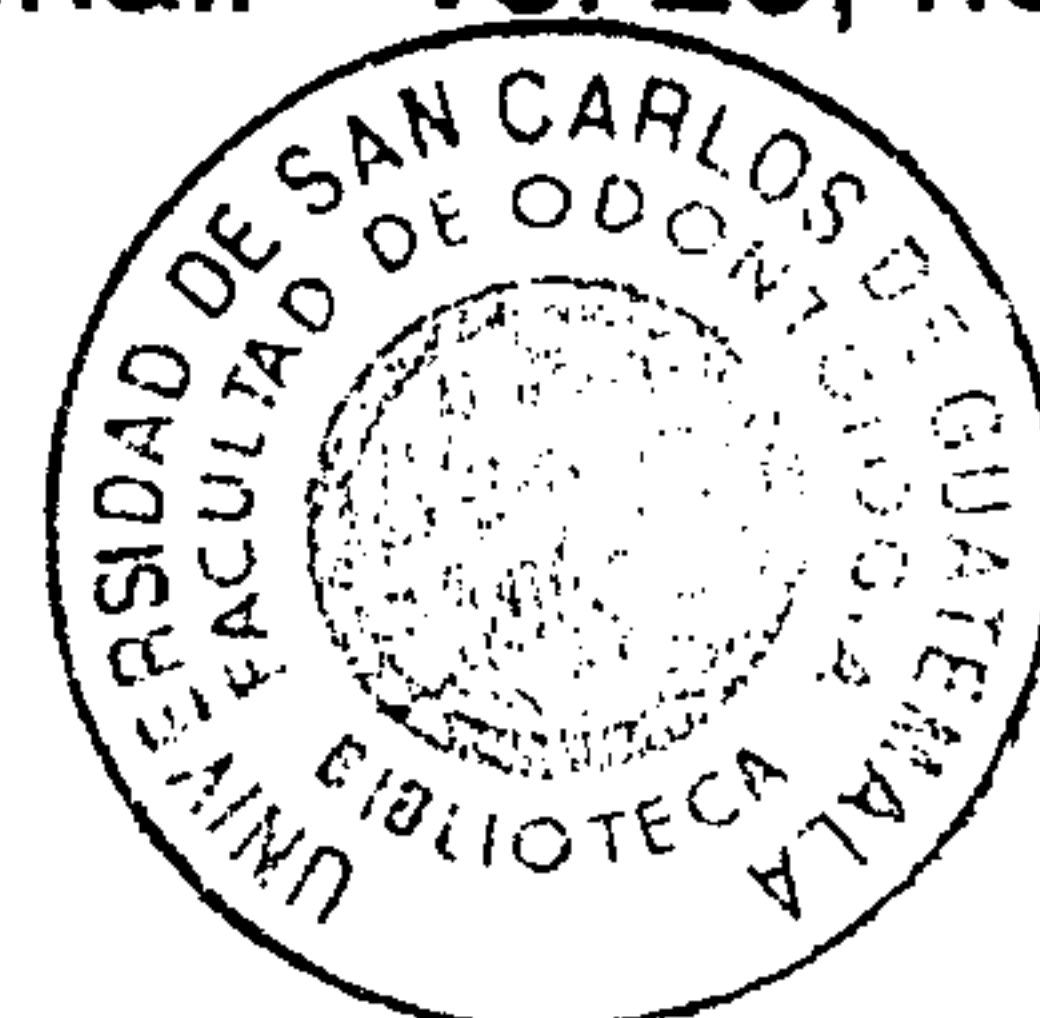
1. Los pacientes de Artritis Reumatoidea tienen sus citas en el I.G.S.S. muy espaciadas, esto aunado a la lejanía de la vivienda de los mismos no permitió que más pacientes pudieran ser localizados para formar parte de la población del estudio.
2. El grupo no estuvo homogéneo en cuanto a la distribución por sexo, ya que por el número tan bajo de participantes masculinos esto no permitió una comparación equitativa para esta variable.
3. La investigación se realizó con un grupo previamente diagnosticado de pacientes con Artritis Reumatoidea en el cual todos los participantes eran ladinos por lo que no se pudo realizar una comparación con la etnia indígena.

BIBLIOGRAFIA

1. Almstahl, A... [et al.] .-- **Oral microbial flora in Sjögren's syndrome.**-- pp. 110-114.-- In: Journal of Rheumatology Canada.-- vol 26, no. 1 (Jan 1999)
2. Atkinson, C. Jane.-- **Sjogren's syndrome oral and dental considerations.**-- pp. 74-86.-- In: Journal of American Dental Asociation.-- vol. 124, no. 3 (March 1993)
3. _____.-- **Salivary gland dysfunction: causes simptoms, treatment.**-- pp.409-416.-- In: Journal of American Dental Asociation.-- vol. 125 (1994)
4. Daniels, T. E... [et al.] .-- **The oral component of Sjögren's syndrome.**-- pp. 875-885.-- In: Oral surgery Oral medicine Oral pathology.-- vol. 39 (1975)
5. _____.-- **Labial salivary gland biopsy in Sjögren's syndrome: assessment as a diagnostic criterion in 362 suspected cases.**-- pp. 147-156.-- In: Arthritis Rheumatoid.-- vol. 27 (1984)
6. Fox, R. I... [et al.] .--**Laboratory evaluation of patients with Sjögren's syndrome.**-- pp. 213-222.-- In: Clinical Biochemistry.-- vol 25 (1992).
7. Gravenmade, E. J... [et al.] .-- **Management of the oral features of Sjögren's Syndrome.**-- pp. 117-125.-- In: Neth J Med.-- vol. 40 (1992)
8. Haberland Kausel, Christel M.-- **Patología de glándulas salivales mayores y menores. Estudio epidemiológico y clínico-patológico.**-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad Francisco Marroquín, Facultad de Odontología, 1994.-- pp. 23-28

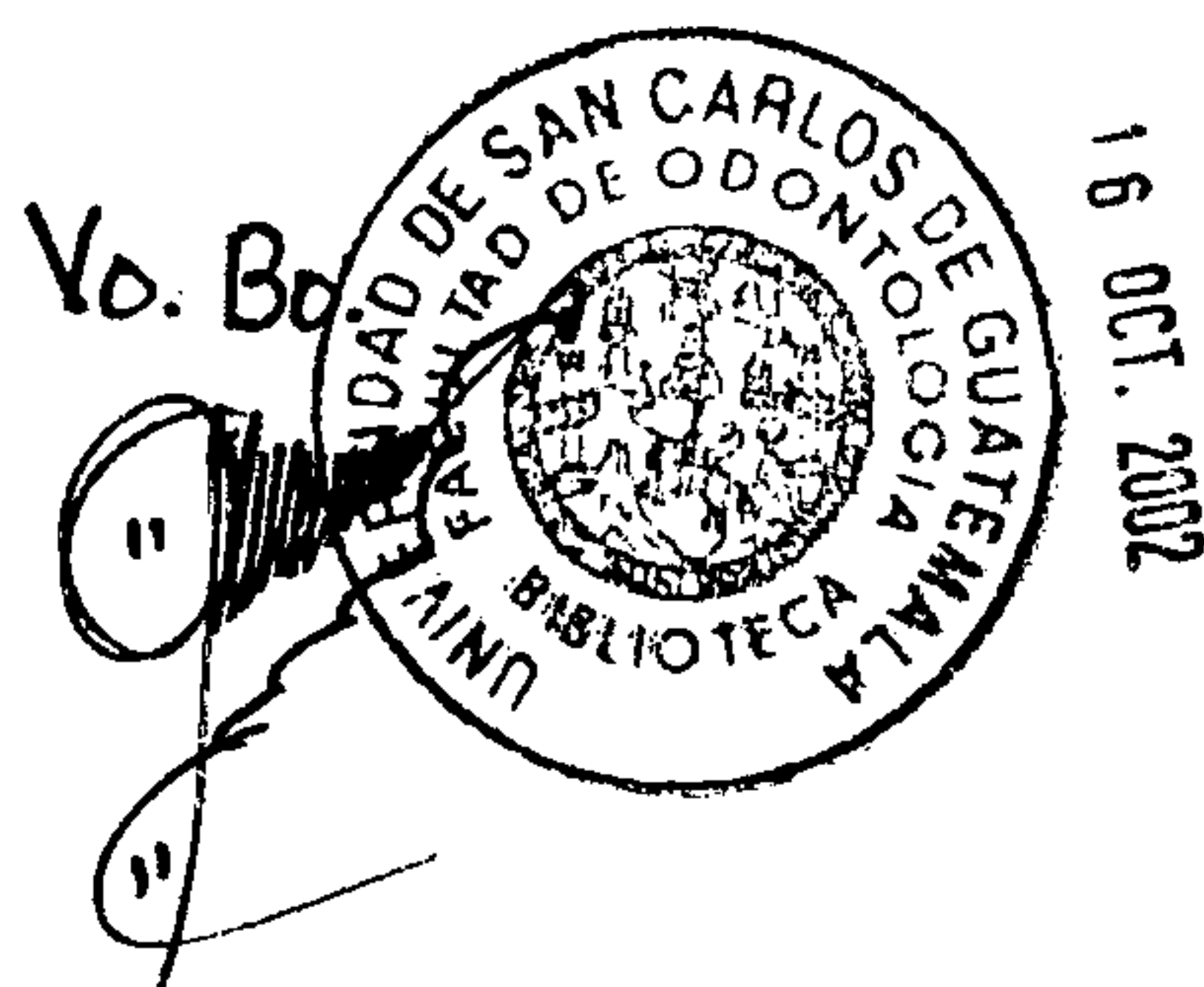


9. Hernandez, Y. L.-- **Oral candidiasis in Sjögren's syndrome: prevalence, clinical correlations and treatment.**-- pp. 324-329.-- In: Oral surgery Oral Medicine Oral Pathology .-- vol. 68 (1989)
10. Jeffrey, P. L.-- **Síndrome de Sjögren: diagnóstico y manejo de las complicaciones orales.**-- pp. 45-51.-- In: Journal de Clínica en Odontología.-- año 14, no.1 (1998/1999).
11. Levine, M. j... [et al.] .--**Artificial salivas: present and future.**-- pp. 693-698.-- In: J Dent Res.-- vol 66 (1987).
12. Lindvall, A. M. Jonsson R.-- **The salivary gland component of Sjögren's syndrome: an evaluation of diagnostic methods.**-- pp. 32-42.-- In: Oral surgery. Oral medicine. Oral pathology.-- vol. 62 , (1986)
13. López Alvarez, Edgar Miguel.-- **Biopsia labial en pacientes con artritis reumatoidea.**-- Tesis (Médico y Cirujano) -- Guatemala, Universidad Francisco Marroquín, Facultad de Medicina 1985.-- pp. 80
14. Pineda de Cabrera, Vilma Regina.-- **Pilocarpina para el tratamiento de xerostomía asociada al Síndrome de Sjögren.**-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad Francisco Marroquín, Facultad de Odontología 1989.-- pp. 1-10
15. Rhodus, N. L.-- **Diagnosis and management of the patient with Sjögren's syndrome.**-- pp. 578-593.-- In: Comp Contin Educ Dent.-- vol. 8 (1987)
16. _____.-- **The effects of pilocarpine on salivary flow in patients with Sjögren's syndrome.**-- pp. 545-549.-- In: Oral surgery Oral Medicine Oral Pathology.-- vol. 72 (1991)
17. _____ [et al.] .-- **A comparison of three methods for detecting Candida albicans in patients with Sjögren's syndrome.**-- pp. 107-113.-- In: Quintessence Internacional.-- vol 29, no. 2 (1998)



16 OCT. 2002

18. Simmons D, David... [et al.] .-- **Effect of xerostomic medications on stimulated salivary flow rate in patients with Sjögren's syndrome**.-- pp. 196-200.-- In: Quintessence Internacional.-- vol 31, no. 3 (2000)
19. Thomas, E... [et al.] .-- **Sjögren's syndrome: a community-based study of prevalence and impact**.-- pp. 1069-1076.-- In: University of Manchester. England.-- vol. 37 (October 1998)



ANEXOS

Anexo No 1.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
FICHA CLINICA

Registro_____

Nombre del Paciente_____edad_____sexo_____
Dirección_____teléfono_____

Historia Médica

1. Artritis Reumatoidea
- | | |
|-----------------------------------|--|
| Tiempo de evolución _____ | Grado de función articular I _____ II _____ III _____ IV _____ |
| Medicamentos _____ | Dosis _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| Tiempo de uso de esteroides _____ | Dosis mg _____ |
| Otros _____ | _____ |
2. Otras enfermedades
3. Precauciones y cuidados especiales

Historia Odontológica

- | | | | |
|--|-------|-------|---------|
| 1. Sintomatología del Paciente. | Si | No | T.evol. |
| Sequedad | _____ | _____ | _____ |
| Dolor | _____ | _____ | _____ |
| Sensación quemante | _____ | _____ | _____ |
| Dificultad para comer comidas secas | _____ | _____ | _____ |
| Intolerancia a las comidas condimentadas | _____ | _____ | _____ |
| Dificultad para hablar | _____ | _____ | _____ |
| Dificultad para tragar | _____ | _____ | _____ |
| Dificultad para utilizar sus prótesis | _____ | _____ | _____ |
| Otros: _____ | | | |
- | | | |
|--|-------|-------|
| 2. Exámen clínico | Si | No |
| Labios partidos | _____ | _____ |
| Queilitis angular | _____ | _____ |
| Mucosa oral seca y pegajosa | _____ | _____ |
| Mucosa oral eritematosa | _____ | _____ |
| Lengua depapilada | _____ | _____ |
| Lengua roja y fisurada | _____ | _____ |
| Caries cervical | _____ | _____ |
| Caries incisal | _____ | _____ |
| Candidosis | _____ | _____ |
| Agrandamiento de glándulas salivales mayores | _____ | _____ |
| Otros: _____ | | |

Biopsia de glándulas salivales

Realización con bisturí _____ No _____ Fecha _____
Ponch _____

Hallazgos

[illegible]

Dx Síndrome de Sjögren positivo_____ negativo_____

INSTRUCTIVO PARA LLENAR LA FICHA CLÍNICA

PRIMERA HOJA

1. Registro. En la parte superior de la hoja, debe registrar todos los pacientes con las siglas **PAR** que significa Paciente con Artritis Reumatoidea, a la par de las siglas se les coloca el número correspondiente de acuerdo a como sean seleccionados para formar parte de la población, iniciando con el numeral 1.
2. Nombre del Paciente. Escriba el nombre de cada participante, con el cuidado de realizar letra legible en estilo carta.
3. Edad. Anote la edad cumplida hasta la fecha presente con números arábigos. (1, 2)
4. Sexo. Coloque si el paciente pertenece al sexo masculino o femenino en cuyo caso se identificará con un a **F** o una **M**.

5. Tiempo de evolución de Artritis Reumatoidea. Indique el tiempo, en años que cada paciente lleve de padecer la enfermedad desde que la misma fué diagnosticada por un médico ya sea fuera o dentro de la Institución.
6. Grado de función articular. Marque en la casilla correspondiente una equis (X) o un cheque de acuerdo a la posibilidad de movimiento y realización de funciones observada en cada paciente.
7. Medicamento. Coloque en las áreas correspondientes, el nombre de los medicamentos que el paciente esté tomando hasta la fecha.
8. Dosis. Describa la dosis correspondiente a cada medicamento que haya sido anotado en la casilla contigua.

9. Tiempo de uso. Registre el tiempo en años o meses que el paciente lleva de tomar los medicamentos que fueron reportados en las casillas contiguas.
10. Tiempo de uso de esteroides. Anote el tiempo en años o meses que el paciente refiere estar consumiendo esteroides.
11. Dosis mg. Anote la dosis que está consumiendo actualmente de esteroides que ha reportado en la casilla contigua.
12. Otros. Escriba el nombre de otros medicamentos que no hayan podido ser anotados en el área de medicamentos, los mismos serán anotados junto con sus dosis y si es posible, tiempo de uso.
13. Otras enfermedades. Coloque el nombre de enfermedades que el paciente refiera estar padeciendo o haber padecido y que deban ser tomadas en consideración a la hora de realizar la biopsia.

14. Precauciones y cuidados especiales. Anote los nombres de medicamentos a los cuales el paciente sea alérgico, así como cualquier tipo de medida de seguridad que el paciente refiera que debe tenerse con él.

15. Sintomatología del paciente. Indique en cada casilla de **SI** y **NO** con una equis (x) o un cheque la presencia o ausencia de los síntomas, cuando la respuesta sea afirmativa en las casillas de **tiempo de evolución** registre en años o meses la duración que ha tenido el mismo.

16. Otros. Coloque cualquier dato importante referente a los síntomas que pueda ser de utilidad.

17. Exámen Clínico. En la casilla de **SI** o **NO** indique con una equis (x) o un cheque la presencia o ausencia de las manifestaciones clínicas.

18. Otros. Coloque cualquier dato importante referente a las manifestaciones clínicas que pueda ser de utilidad.

SEGUNDA HOJA

1. Biopsia de glándulas salivales:

- ✓ Si o No. Marque con una equis (x) o un cheque si es necesario que se realice la biopsia.
- ✓ Fecha. Anote la fecha en que sea practicada la biopsia.
- ✓ Realización. Coloque una equis (x) o un cheque indicando el método que se utilizó para realizar la biopsia.
- ✓ Hallazgos. En este espacio debe colocar lo que se ha encontrado en el estudio histopatológico realizado en los pacientes a los que les fue realizada la biopsia.
- ✓ Diagnóstico. En el lugar que corresponde marque con una equis (x) o un cheque el resultado de la biopsia.

Anexo No 2.

Registro _____

Yo _____ paciente de reumatología de la Consulta externa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.) zona 9 Ciudad Capital identificado con No. De afiliación _____; acepto formar parte del grupo muestral para el estudio de Síndrome de Sjögren en pacientes con artritis reumatoidea.

Es mi deseo cooperar con las distintas actividades necesarias para dicho estudio. Tal como me fué informado en la charla inicial de selección para dicha muestra.

Estoy conciente que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que yo así lo desee. También que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de mi participación en dicho estudio. Según la declaración de Helsinki, Finlandia, 1964

Por tal razón extiendo la presente, en conformidad.

(f) _____

INSTRUCTIVO PARA LLENAR LA HOJA DE AUTORIZACION DEL PACIENTE

1. Registro: Aquí se colocará el número correspondiente al que tiene la ficha clínica para poder adjuntarla a la misma.
2. Primer espacio en blanco: después de la palabra **YO** se coloca el nombre completo correspondiente al del paciente, que debe ser el mismo que este registrado en la ficha clínica.
3. Segundo espacio en blanco: aquí se coloca el número de afiliación del I.G.S.S que posee el paciente.
4. Firma: aquí el paciente coloca su firma o en caso de que no pueda firmar su nombre, para constatar que se hace responsable por lo que dice el permiso.

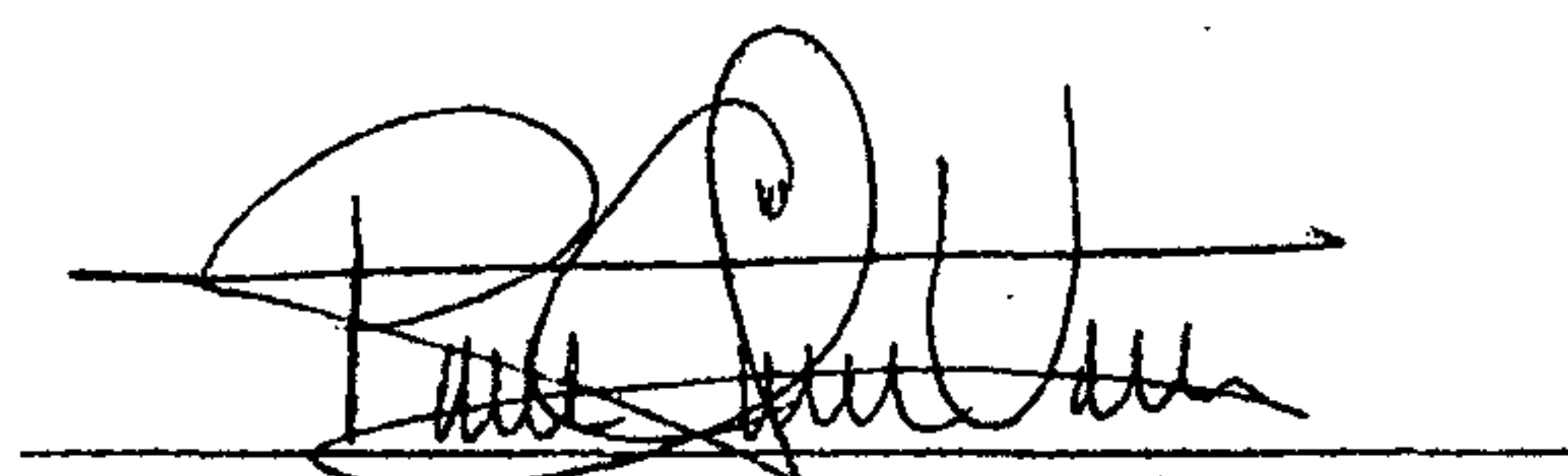
Guatemala Agosto 8, 2000

Dra Ligia Urizar
Jefe del Departamento de Reumatología
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social zona 9
Presente.

Por este medio, Yo Paola Cárdenas Villamar estudiante de Quinto año Pendiente de requisitos clínicos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala; me permito saludarle y a la vez aprovecho para solicitar a su persona se me sea concedido autorización para realizar el estudio de Síndrome de Sjögren en pacientes con artritis reumatoidea que asisten a la clínica de reumatología de la Consulta externa.

Dicho estudio será no solo beneficioso a los pacientes sino también es favorable a mi persona porque me permite recabar datos para trabajo de tesis que estoy en proceso de desarrollar.

Esperando su positiva respuesta a mi petición, reiterando éxitos en sus labores, me es grato suscribirme como su más atenta servidora.



Paola Cárdenas Villamar
Carnet 9510072

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Edificio M-2, segundo piso
Ciudad Universitaria, zona 12
Apartado Postal 1029
Guatemala, Centroamérica

Guatemala Agosto 8, 2000

Señor Director
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social zona 9
Carlos Zamora
Presente.

Atentamente, se informa que el tema de tesis titulado:
"Frecuencia de Síndrome de Sjögren y sus manifestaciones bucales en pacientes con artritis reumatoidea que asisten a la clínica de reumatología de la consulta externa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.) zona 9 Ciudad Capital".

Presentado por la estudiante: Paola Cárdenas Villamar con carnet No. 9510072 es aceptado, quedando sujeto a revisión y aprobación del protocolo.

Por lo anteriormente expuesto se le solicita su autorización para realizar dicho estudio en esta entidad.

Sin otro particular,

DR. OSCAR ESTUARDO TORALLA DE LEÓN
JEFE DE CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA
HOSPITAL GENERAL DE ENFERMEDADES
I. G. S. S.

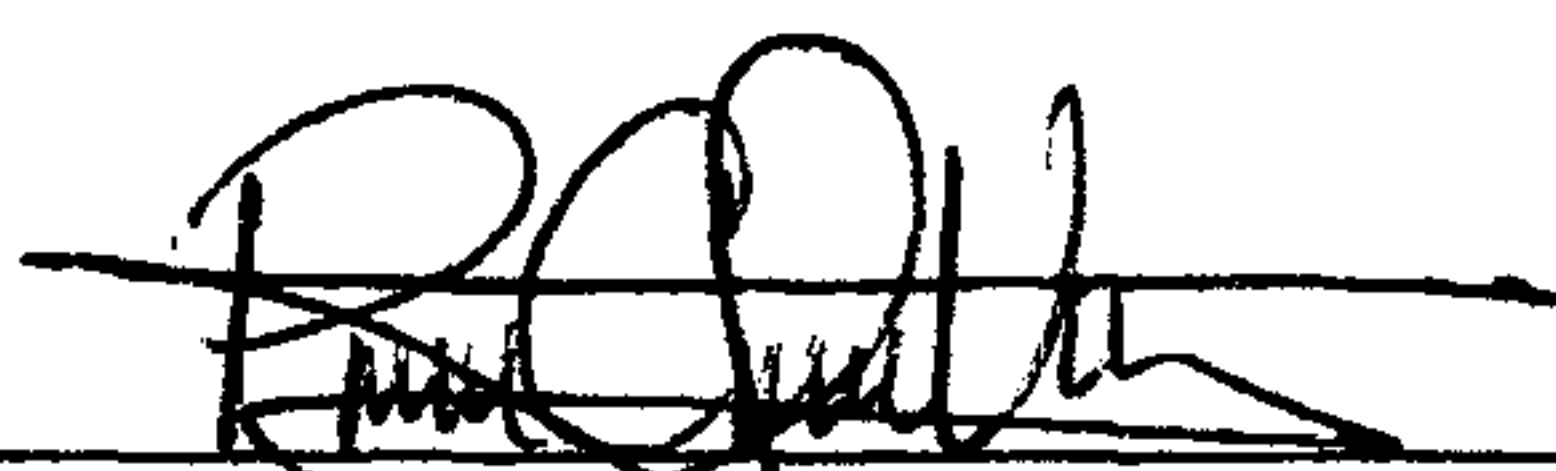
Dr. Oscar Estuardo Toralla De León
Asesor de Tesis

DR. CARLOS RENÉ ZAMORA SOLANO
DIRECTOR EJECUTIVO
HOSPITAL GENERAL DE ENFERMEDADES
I. G. S. S.

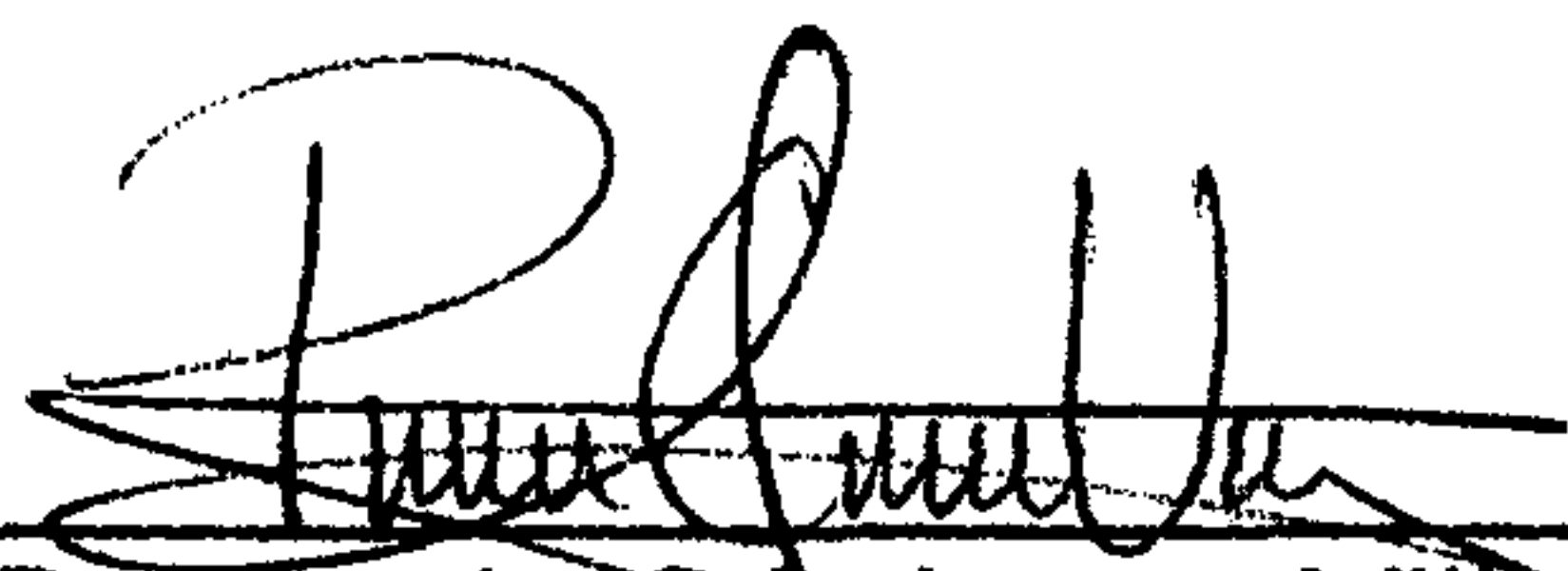
- 8 AGO. 2000

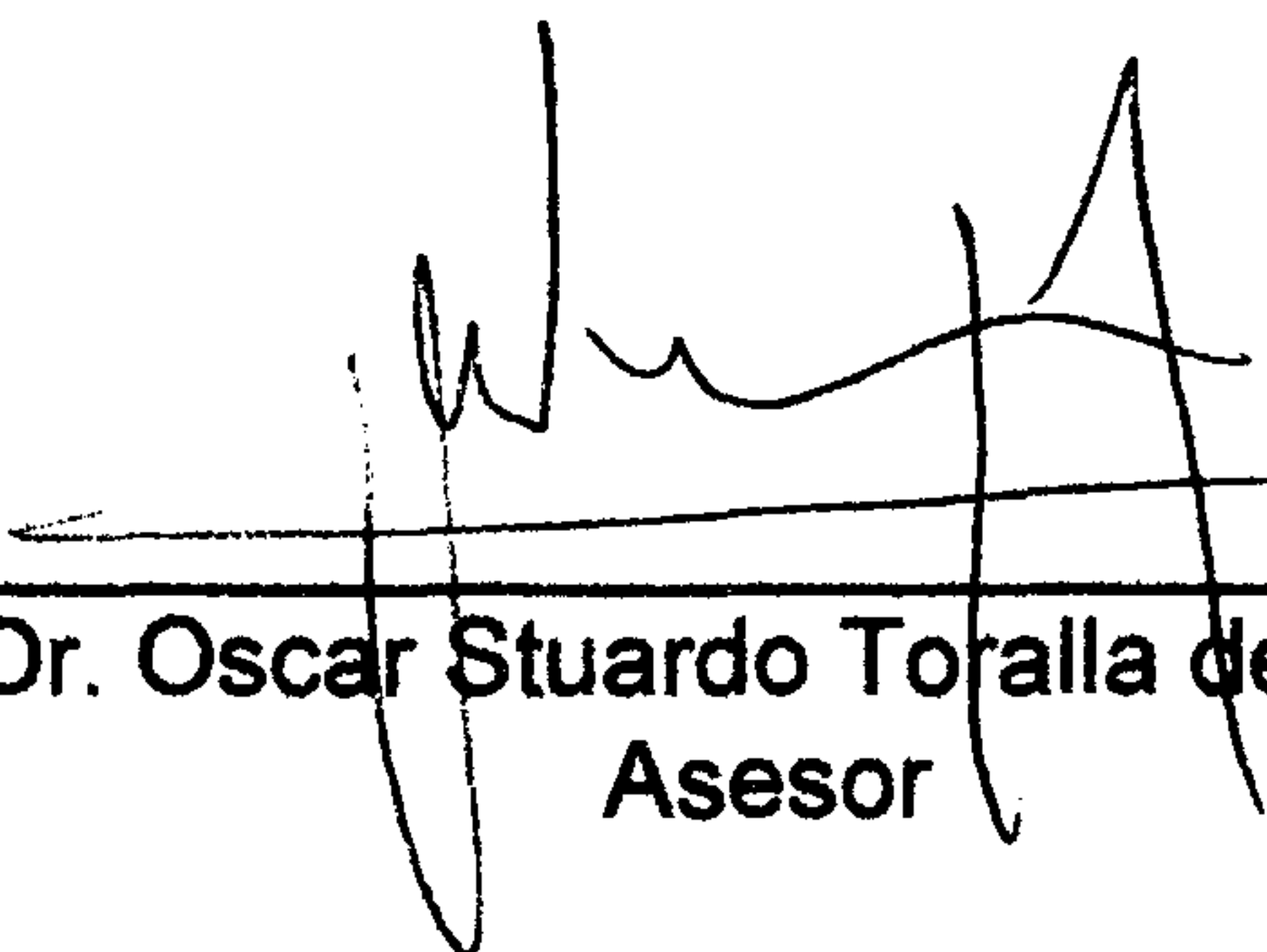
DR. JUAN CARLOS SANTOS
JEFE DE CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA
HOSPITAL GENERAL DE ENFERMEDADES
I. G. S. S.

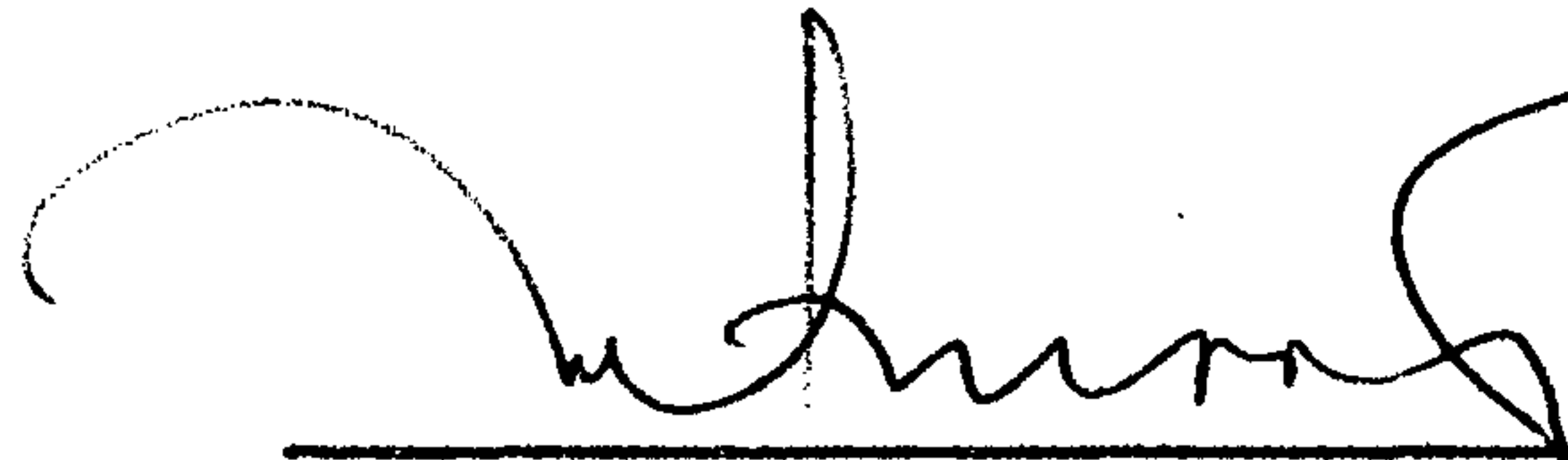
El contenido de esta tesis es única y exclusiva
responsabilidad del autor:



Paola Cárdenas Villamar


Br. Paola Cardenas Villamar
Sustentante


Dr. Oscar Stuardo Toralla de León
Asesor


Dr. Marvin Lisandro Maas Ibarra
Asesor
Comisión de Tesis




Dr. Leonel Eugenio Arriola Barrientos
Asesor
Comisión de Tesis

VoBo Imprimase


Dr. Otto Raúl Torres Bolaños
Secretario

