

### MANEJO ESTOMATOLÓGICO EN EL PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN.

#### ARTÍCULO DE REVISIÓN

#### RESUMEN

#### Jhonny Joel Calle Bravo, Md., MOSH.

- Médico de la Universidad de Especialidades Espiritu Santo.  
- Magister en Seguridad y Salud Ocupacional en la Universidad de Especialidades Espiritu Santo. Samborondón – Ecuador  
ORCID: 0009-0005-8143-5317

#### Jenny Maribel Calle Bravo, Od.

- Odontóloga de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil  
- Residente en Rehabilitación Oral e implanto asistida Universidad Católica Santiago de Guayaquil en la Universidad de Especialidades Espiritu Santo. Samborondón – Ecuador  
ORCID: 0009-0005-7458-2327

#### Maritza Irene Calle León, Md.

- Médico General de la Universidad De Guayaquil  
- Médico Residente de la Clínica San Gabriel. Guayaquil - Ecuador  
ORCID: 0009-0000-3515-1683

#### Yolanda Cristina Valdés Rodríguez, PhD.

- Doctor en Ciencias Biológicas de la Universidad de La Habana  
- Profesor Bioquímica de la Facultad de Medicina en la Universidad de Especialidades Espiritu Santo. Samborondón – Ecuador  
ORCID: 0000-0001-7589-4609

Año 2021

ISSN: 2737-6486

**Introducción:** El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune caracterizada por un procesocrónico inflamatorio de las glándulasexocrinas, cuya manifestación fenotípica es la queratoconjuntivitis seca y la xerostomía, con tendencia rampante al desarrollo de caries, enfermedad periodontal e infecciones bacterianas y fúngicas.

**Objetivo:** Determinar el tratamiento estomatológico con mejor resultado terapéutico en el Paciente con Síndrome de Sjögren.

**Materiales y métodos:** El presente trabajo de investigación, tiene un enfoque cualitativo de tipo retrospectivo con un diseñodescriptivo. El estudiose basó en el análisisde 20 artículos de Reportes de Casos, los cuales se obtuvieron mediante búsquedas en Pubmed, ProQues, Google Scholar.

**Resultados:** Se obtuvo un total de 48 pacientes de los Reportes de Casos con Síndrome Sjögren: 38 (79,17%) femeninas y 10 (20,83%) masculinos con una edad promedio 27 años, una edad mínima de 3 años y una edad máxima de 65 años. Se encontró43 (89,58%) casos con Síndrome de Sjögren Primario y 5 (10,42%) con el secundario. Las características clínicas más prevalentes fueron la xeroftalmia con 33 (68,75%)y la xerostomía en 46 (95,83%). La hidroxyclorequina fue el medicamento más usado en 33 (68,75%) pacientes y en tratamiento bucal con mayor eficiencia fue la pilocarpina.

**Conclusión:** La mejor atención es tratar de manera multidisciplinaria a los pacientes con la enfermedad de Sjögren con medidas para mejorar la calidad de vida, farmacológicas y tratamientos no farmacológicos para mantener bajo control la actividad de la enfermedad.

**PALABRAS CLAVE:** Síndrome de Sjögren, enfermedades de glándulas salivares, xerostomía, xeroftalmía, medicina oral.

## STOMATOLOGICAL MANAGEMENT IN THE PATIENT WITH SJÖGREN'S SYNDROME.

### REVIEW ARTICLE

#### ABSTRACT

#### Jhonny Joel Calle Bravo, Md., MOSH.

- Physician from the University of Specialties Espíritu Santo.  
- Master in Occupational Safety and Health at the University of Specialties Espíritu Santo. Samborondón - Ecuador  
ORCID: 0009-0005-8143-5317

#### Jenny Maribel Calle Bravo, Od.

- Dentist from the Catholic University of Santiago de Guayaquil.  
- Resident Doctor in Oral Rehabilitation and Assisted Implantation at the University of Specialties Espíritu Santo. Samborondón - Ecuador  
ORCID: 0009-0005-7458-2327

#### Maritza Irene Calle León, Md.

- General Physician from the University of Guayaquil  
- Resident Doctor of the San Gabriel Clinic. Guayaquil - Ecuador  
ORCID: 0009-0000-3515-1683

#### Yolanda Cristina Valdés Rodríguez, PhD.

- Doctor of Biological Sciences from the University of Havana  
- Professor Biochemistry Faculty of Medicine at the University of Specialties Espíritu Santo. Samborondón - Ecuador  
ORCID: 0000-0001-7589-4609

Year 2021

**Introduction:** Sjögren's syndrome is an autoimmune disease characterized by a chronic inflammatory process of the exocrine glands, the phenotypic manifestation of which is keratoconjunctivitis sicca and xerostomia, with a rampant tendency to develop cavities, periodontal disease and bacterial and fungal infections.

**Objective:** To determine the stomatological treatment with the best therapeutic result in the Patient with Sjögren's Syndrome.

**Materials and methods:** This research work has a retrospective qualitative approach with a descriptive design. The study was based on the analysis of 20 articles from Case Reports, which were obtained through searches in Pubmed, ProQues, Google Scholar.

**Results:** A total of 48 patients were obtained from the Case Reports with Sjögren Syndrome: 38 (79.17%) female and 10 (20.83%) male, with an average age of 27 years, a minimum age of 3 years and a maximum age of 65 years. There were 43 (89.58%) cases with Primary Sjögren's Syndrome and 5 (10.42%) with secondary. The most prevalent clinical characteristics were xerophthalmia with 33 (68.75%) and xerostomia in 46 (95.83%). Hydroxychloroquine was the most used drug in 33 (68.75%) patients and in oral treatment with greater efficiency was pilocarpine.

**Conclusion:** The best care is to treat patients with Sjögren's disease in a multidisciplinary way with measures to improve quality of life, pharmacological and non-pharmacological treatments to keep disease activity under control.

**KEY WORDS:** Sjögren's syndrome, salivary gland diseases, xerostomia, xerophthalmia, oral medicine.

ISSN: 2737-6486

## INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad sistémica autoinmune crónica, afecta principalmente a las glándulas lagrimales y salivales. Su principal característica es la presencia de ojos secos, también conocidos como xeroftalmía, y sequedad bucal como la xerostomía (1).

Principalmente se presenta de manera primaria, cuando las manifestaciones clínicas se limitan a las glándulas exócrinas; o secundaria, cuando se asocia con otra enfermedad autoinmune, como lupus eritematoso sistémico, artritis idiopática juvenil, esclerosis sistémica o enfermedad mixta del tejido conectivo (2).

Varios estudios demuestran que los pacientes con SS primario presentan baja calidad de vida y porcentajes elevados de depresión e indican una mayor incidencia de riesgo cardiovascular frente a la población sana (3). La enfermedad afecta predominantemente a mujeres mayores de 40 años, con una tasa de incidencia de 5 casos/100.000 habitantes. Su etiopatogenia es desconocida y el diagnóstico a menudo es complejo y tardío (4).

El carácter sindrómico del SS primario y su predisposición a la evolución crónica dificultan su diagnóstico y el resultado de las distintas pruebas diagnósticas varía en función del tiempo de evolución del síndrome (5).

El diagnóstico y tratamiento odontológico de pacientes con SS es de gran interés para el odontólogo, ya que

frecuentemente es el primero en enfrentar clínicamente los signos y síntomas de la enfermedad, asociados con los cambios en el medio bucal dada la falta del fluido salival. El diagnóstico precoz, la atención y el cuidado óptimo de los pacientes con síndrome de SS, necesita de un conocimiento integral de esta condición por el odontólogo general, quien a su vez debe estar involucrado en un equipo multidisciplinario de salud médica (6).

Teniendo como principal estrategia diagnóstica el estudio de los componentes oculares y bucales, es fundamental el trabajo multidisciplinario. Ante la sospecha de un Síndrome de Sjögren, una planificación diagnóstica idónea sería primero la cuantificación de la secreción salival, tinción con rosa de bengala, posteriormente la gammagrafía salival y en último término la biopsia (5).

Es por ello que el propósito de este trabajo de investigación es evaluar la prevalencia del SS primario/secundario; identificar los signos y síntomas generales/bucales; conocer los exámenes de laboratorio que comúnmente se debe solicitar en estos pacientes para confirmar el diagnóstico y finalmente dar un tratamiento acorde al paciente. De esta manera se podría realizar una derivación oportuna que nos permitirá trabajar de una manera multidisciplinaria para posteriormente ofrecer un tratamiento odontológico adecuado que mejore la calidad de vida.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo investigativo es una revisión sistemática de enfoque cualitativo, descriptivo, retrospectivo, analítico y transversal.

La recopilación de datos se basó en artículos científicos de reportes de casos clínicos y serie de casos, la búsqueda se realizó a través de buscadores como Pub-

med, Cochrane y Google Académico, se usaron términos Mesh y palabras clave en inglés y español como: "Enfermedad autoinmune", "Síndrome de Sjögren", "Enfermedades de glándulas salivares", "Xerostomía", "Xeroftalmía" y "Medicina oral".

Al realizar la búsqueda se obtuvo un universo de 989 artículos científicos, de los cuales 413 cumplieron los criterios de búsqueda como: reporte de casos clínicos de pacientes menores de 65 años con Síndrome de Sjögren y artículos reportados en inglés y español de los últimos 10 años.

De los cuales se excluyeron aquellos artículos de casos clínicos de pacientes con Síndrome de Sjögren relacionados con cualquier otra enfermedad sistémica no asociados o embarazo y aquellos que no eran de libre acceso, dándonos una muestra total de 20 artículos para realizar el presente estudio.

De los 20 artículos se obtuvieron 48 pacientes en los que se evaluaron 5 variables: primero, el diagnóstico del síndrome de Sjögren (primario y secundario); segundo, signos y síntomas generales: donde se analizó la xeroftalmia, artritis, alteraciones gastrointestinales, alteraciones de la piel y misceláneos.

Tercero, signos y síntomas orales específicamente en xerostomía, labios secos, ardor bucal, glándulas hipertróficas, caries dentales y enfermedades infecciosas asociadas.

Cuarto, métodos diagnósticos: se analizó la valoración oftalmológica, serología (Anti-Ro, Anti-La, ANA), cuantificación de la secreciónsalival, biopsia de las glándulas salivales menores, ultrasonografía y gammagrafía de las glándulas salivales.

Por último, se evaluó los tratamientos prescritos con mayor frecuencia.

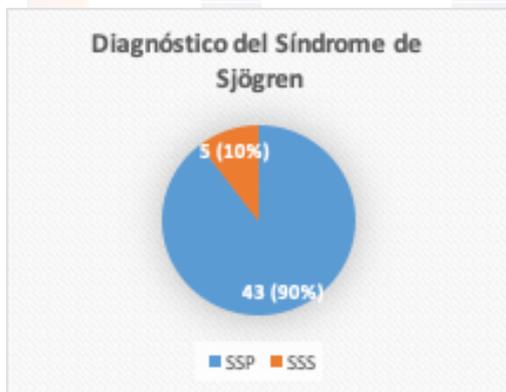
El análisis se realizó mediante estadística descriptiva, la tabulación de los datos recolectados de los artículos de esta investigación se efectuó en Microsoft Excel 2013 y el software SPSS.

## RESULTADOS

De los 20 artículos se obtuvo 48 pacientes de los cuales 38 (79,17%) fueron de sexo femenino y 10 (20,83%) de sexo masculino. La edad máxima fue de 65 años, la edad mínima de 3 años y la edad promedio de 27 años.

En cuanto al diagnóstico del Síndrome de Sjögren existe: primario y secundario. Teniendo un diagnóstico Síndrome Sjögren Primario de 43 (89,58%) y Secundario con 5 (10,42%) pacientes. (Gráfico 1).

Gráfico 1: Diagnóstico del Síndrome de Sjögren



En referencia a los signos y síntomas generales: la xeroftalmia se encontró en 33 (68,75%) pacientes; seguido de la artritis con 27 (56,25%); alteraciones gastrointestinales con 7 (14,58%); alteraciones de la piel con 6 (12,50%) y misceláneos con 12 (25%). (Tabla 1).

Tabla 1: Signos y síntomas generales.

	Presente n (%)	Ausente n (%)	Total n (%)
Xeroftalmia	33 (68,75)	15 (31,25)	48 (100)
Artritis	27 (56,25)	21 (43,75)	48 (100)
Alteraciones Gastrointestinales	7 (14,58)	41 (85,42)	48 (100)
Alteraciones de la piel	6 (12,50)	42 (87,50)	48 (100)
Misceláneos	12 (25)	36 (75)	48 (100)

Por otra parte, los signos y síntomas bucales más prevalentes fueron: xerostomía en 46 (95,83%) pacientes; seguido de las glándulas hipertróficas con 40 (83,33%); labios secos y ardor bucal con 10 (20,83%); caries dental con 7 (14,58%) y finalmente enfermedades infecciosas asociadas con 4 (8,33%). (Tabla 2).

**Tabla 2: Signos y síntomas bucales.**

	Presente n (%)	Ausente n (%)	Total n (%)
Xerostomía	46 (95,83)	2 (4,17)	48 (100)
Glándulas hipertróficas	40 (83,33)	8 (16,67)	48 (100)
Labios secos y ardor bucal	10 (20,83)	38 (79,17)	48 (100)
Caries Dental	7 (14,58)	41 (85,42)	48 (100)
Enfermedades infecciosas asociadas	4 (8,33)	44 (91,67)	48 (100)

En cuanto a métodos de diagnóstico, sobre los test o pruebas que presentan mayor sensibilidad y especificidad para diagnosticar el Síndrome de Sjögren, las más usadas fueron: cuantificación de la secreción salival en 46 (95,83%) pacientes; seguido con exámenes de Bioquímica/serología (Anti-Ro, Anti-La, ANA) en 45 (93,75%); biopsia de las glándulas salivales con 39 (81,25%); oftalmológica con 38(79,17%); valoración ultrasonografía con 31 (64,58%) y finalmente gammagrafía de las glándulas salivales con 30 (62,50%). (Tabla 3).

Los tratamientos prescritos con mayor frecuencia fueron: Inmunomoduladores/biológicos con 33 (68,75%) pacientes; seguido de los corticoides en 8 (16,67%) y finalmente los tratamientos bucales con 7 (14,58%). (Tabla 4).

**Tabla 3: Métodos de diagnóstico.**

Cuantificación	Presente n (%)	Ausente n (%)	Total n (%)
Secreción salival	46 (95,83)	2 (4,17)	48 (100)
Bioquímica/Serología (Anti-Ro, Anti-La, ANA)	45 (93,75)	3 (6,25)	48 (100)
Biopsia de las glándulas salivales	39 (81,25)	9 (18,75)	48 (100)
Valoración oftalmológica	38 (79,17)	10 (20,83)	48 (100)
Ultrasonografía	31 (64,58)	17 (35,42)	48 (100)
Gammagrafía de las glándulas salivales	30 (62,50)	18 (37,50)	48 (100)

**Tabla 4: Signos y síntomas bucales**

	Presente n (%)	Ausente n (%)	Total n (%)
Inmunomoduladores/biológicos	33 (68,75)	15 (431,25)	48 (100)
Corticoides	8 (16,67)	40 (83,33)	48 (100)
Tratamientos bucales	7 (15,58)	41 (85,42)	48 (100)

## DISCUSIÓN

En la investigación realizada se evaluó 48 pacientes reportados en la literatura, y se encontró que el sexo femenino es de mayor prevalencia para padecer Síndrome de Sjögren, con una cantidad de 38 casos (79,17%), en cambio, en el grupo de sexo masculino se encontraron 10 casos (20,83%). Esto concuerda con el artículo de Baldini et col. que en su estudio de 1115 pacientes obtuvieron 1.067 (95,7%) casos pertenecientes al sexo femenino y de sexo masculino se presentaron 48 (4,3%) casos (7).

De acuerdo con la literatura se presenta la enfermedad en pacientes adultos de ambos sexos, pero con mayor prevalencia en el sexo femenino debido a que las hormonas sexuales juegan un importante rol en la etiología de la enfermedad (8).

La edad máxima fue de 65 años, la edad mínima de 3 años y la edad promedio de 27 años. Aguilar et col. manifiesta que el Síndrome de Sjögren se puede presentar a cualquier edad, con superioridad en personas entre la cuarta y quinta década de vida. En pacientes pediátricos la presencia de esta enfermedad es muy rara. Concordando con Maciel et col. donde la edad media más prevalente es de 64,6 años<sup>9</sup>. Ladino M. et col. explican que la prevalencia del SS en niños es casi incierta, dado a que no se cumplen los criterios de evaluación por la corta permanencia en ellos de la enfermedad (2).

En cuanto al diagnóstico del Síndrome de Sjögren, en este estudio se obtuvo 43 (89,58%) pacientes con SS primario mientras que en el secundario solo encontramos 5 (10,42%) casos. En el artículo de Aguilar et col. reportaron que el SS primario era más prevalente que el secundario corroborándolo con las pruebas de sensibilidad y especificidad realizadas<sup>8</sup>. Acorde a esto, existe ciertos anticuerpos en la sangre llamados SS-A, SS-B y anticuerpos antinucleares (ANAS) en las personas con Síndrome de Sjögren primario; que les ayuda a combatir enfermedades determinadas.

Las personas con el Síndrome de Sjögren secundario presentan estos y además otros tipos de anticuerpos debido a su asociación con otras enfermedades autoinmunes como: artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico o esclerosis sistémica (9).

Matesanz detalla que el Síndrome de Sjögren cuenta con seis criterios diagnósticos (10): El Criterio I: sensación de sequedad ocular; Criterio II: sensación de sequedad bucal; Criterio III: disminución de la secreción lagrimal; Criterio IV: criterio histopatológico; Criterio V: disminución y evaluación de la secreción salival; y Criterio VI: presencia de autoanticuerpos en suero (anti-Ro y anti-La). Para los pacientes con Síndrome de Sjögren (SS) primario, es necesario cumplir con cuatro de los seis criterios, incluyendo siempre el Criterio IV (histopatológico) o el Criterio VI (autoanticuerpos). Alternativamente, se puede diagnosticar el SS primario si al menos tres de los criterios objetivos (III, IV, V o VI) están presentes. En el caso del SS secundario, los pacientes deben cumplir con el Criterio I o II, y al menos dos de los criterios III, IV o V (10).

En relación a los signos y síntomas generales: la xeroftalmia se encontró en 33 (68,75%) pacientes; seguido de la artritis con 27 (56,25%); alteraciones gastrointestinales con 7 (14,58%); alteraciones de la piel con 6 (12,50%) y misceláneos con 12 (25%). La xeroftalmia es el síntoma más común informado por pacientes con SS primario, denominada queratoconjuntivitis seca<sup>11</sup>. Los síntomas de la xeroftalmia del SS pueden incluir una variedad de sensaciones, incluyendo picazón, aspereza y dolor; en casos más graves agrandamiento de la glándula lagrimal, córnea, ulceración vascularización, opacificación y muy raramente, perforación (12).

Por otro lado, Gómez et col. encontraron una elevada frecuencia de manifestaciones extra-glandulares severas y poco comunes, la parte neurológica se presentaron convulsiones, polineuropatía sensitiva axonal, angioma cerebral y manifestaciones disautonómicas (13).

Con respecto a los signos y síntomas bucales más prevalentes fueron: xerostomía en 46 (95,83%) pacientes; seguido de las glándulas hipertróficas con 40 (83,33%); labios secos y ardor bucal con 10 (20,83%); caries dental con 7 (14,58%) y finalmente enfermedades infecciosas asociadas con 4 (8,33%). Billings et col. en su estudio obtuvieron un total de 1303 pacientes; el cual 964 (74%) tuvo xerostomía, indicando que un paciente de alto riesgo con xerostomía tiene un 64% de probabilidad de tener SS. La xerostomía tiene hallazgos clínicos como una puntuación de enfoque más alta, un flujo salival más bajo e inflamación de la glándula salival, podría considerarse un marcador sustituto de la progresión de la enfermedad de SS (14).

La xerostomía afecta al 90 % de los pacientes con Síndrome de Sjögren primario y el SSs, la frecuencia e intensidad suele ser menor (1). De acuerdo con algunos autores se indica que al momento de presentarse poca producción de saliva se manifiesta signosclínicos y enfermedades orales por la presencia de placa bacteriana, las más comunes pueden ser caries, enfermedad periodontal, labios secos y fisurados, lengua eritematosa y fisurada; comúnmente encontrando queilitis angular, inflamación de las glándulas, ulceraciones orales y candidiasis (15, 10).

En cuanto a métodos de diagnóstico, sobre los test o pruebas que presentan mayor sensibilidad y especificidad para diagnosticar el Síndrome de Sjögren, las más usadas fueron: cuantificación de la secreción salival en 46 (95,83%) pacientes;seguido con exámenes de bioquímica/serología (Anti-Ro, Anti-La, ANA) en 45 (93,75%); biopsia de la glándulas salivales con 39 (81,25%); valoración oftalmológica con 38 (79,17%); ultrasonografía con 31 (64,58%) y finalmente gammagrafía de las glándulas salivales con 30 (62,50%). Maciel et col. relatan que su estudio de 106 pacientes con SSp, presentó principalmente los dominios glandulares, articular y biológico. Entre las pruebas que utilizaron los médicos para realizar el diagnóstico de SSp, los estudios serológicos se realizaron con mayor frecuencia.

El 70% de los pacientes tenía anticuerpos antinucleares positivos, 75% tenía anticuerpos anti-SSA y 58% anticuerpos anti-SSB, 49% tenía factor reumatoide positivo y el 49% tenía hipergammaglobulinemia (16).

El interrogatorio y el examen clínico o físico son importantes, pero la sialometría tiene principal relevancia en la consulta odontológica y resulta ser un buen indicador de disfunción glandular; sin embargo, este examen únicamente no puede diagnosticar SS, sino que se necesita realizar otras pruebas (6). La biopsia incisional de las glándulas salivales accesorias o menores es un procedimiento para confirmar el diagnóstico, siendo una prueba muy fiable (17).

Por último los tratamientos prescritos con mayor frecuencia fueron: Inmunomoduladores/biológicos con 33 (68,75%) pacientes; seguido de los corticoides en 8 (16,67%) y finalmente los tratamientos bucales con 7 (14,58%). En nuestra base de datos de los 48 pacientes utilizaron 33 inmunomoduladores/biológicos, en el cual dentro de este grupo está la hidroxycloquina, rituximab, metotrexato y la ciclofosfamida. Rihl et col. realizaron un análisis en 14 pacientes con Ssp, todas las pacientes eran mujeres de edad media de 56 años, todas fueron tratadas con hidroxycloquina debido a manifestaciones extra glandulares como artralgia o mialgia y síntomas de fatiga durante un rango 5,2 meses. Se observó que el tratamiento con HCQ fue bien tolerado sin efectos secundarios y se produjo un efecto beneficioso sobre la xerostomía en pacientes con SSp que carecen de manifestaciones orgánicas graves (18).

Por otra parte, en pacientes con manifestaciones graves, el uso de metilprednisolona en dosis altas y la ciclofosfamida tiene una eficacia probada. En pacientes con vasculitis grave, especialmente con crioglobulinemia, rituximab o plasmaféresis son las opciones de tratamiento recomendadas (19). En cambio, los medicamentos antiinflamatorios (AINE) tienen efectos beneficiosos sobre los síntomas generales, como artralgia. En caso de afectación de órganos más graves, se deben agregar glucocorticoides (20).

Finalmente, el tratamiento bucal con mayor eficacia fue la Pilocarpina, según el artículo de Papas et col. 256 pacientes con SSp, mostraron que la pilocarpina es eficaz para tratar xerostomía inducida por radiación (hasta 30 mg / día) y síntomas de sequedad de boca en los pacientes de Sjögren (hasta 20 mg / día). Reduciendo un alivio significativo de la sequedad bucal y ocular, esto incluye menor necesidad de lágrimas artificiales (21).

## CONCLUSIONES

El síndrome de Sjögren primario tiene mayor prevalencia que el secundario, siendo la principal manifestación el complejo Sicca; que corresponde al ojo seco/boca seca. Por tal motivo, el papel del odontólogo es importante ya que podría realizar un diagnóstico precoz mediante los signos y síntomas que aparecen en la cavidad bucal. Por otra parte, el tratamiento que con mayor frecuencia reciben los pacientes, es mediante el uso de la hidroxycloquina

siendo un medicamento con menor efectos secundarios y mejor tolerado, teniendo grandes beneficios en las manifestaciones extraglandulares y la xerostomía. Es importante recalcar que el acompañamiento odontológico realizando topicaciones con flúor trimestrales o semestrales al igual que el uso de antimicóticos como profilaxis para prevenir las candidiasis asociadas a la hiposalivación también tiene gran relevancia dentro de la terapéutica.

## RECOMENDACIONES

Se sugiere realizar más estudios de tipo descriptivo o experimental, donde se evalúe la pilocarpina y otros fármacos como tratamiento para la xerostomía y las complicaciones asociadas a la misma en cavidad bucal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Escobar DDC, Hurtado DOF, Luis D, Valdés G, González DLC, Tellería DAM. Manifestaciones bucales del síndrome de Sjögren. Presentación de un caso. Rev Méd Electrón. 16 de septiembre de 2016;38(6):1-10.
2. Ladino RM, Gasitulli OA, Campos MX. Síndrome de Sjögren. Caso clínico. Revista Chilena de Pediatría. enero de 2015;86(1):47-51.
3. López Valiente C, Saiz Saiz L, López Temina S. Beneficios del ejercicio físico en pacientes con Síndrome Sjögren primario: estudio de un caso. e-Motion: Revista de Educación, Motricidad e Investigación. 15 de julio de 2018;(10):1-10.
4. Rivera LMS, Ríos LV, Díaz CH, Pineda C. Evaluación ecográfica de la glándula salival: utilidad y diagnóstico en el síndrome de Sjögren. Revista Cubana de Reumatología. 30 de abril de 2015;17(2):178-81.
5. Curriu MS. Manifestaciones clínicas y presentación de un caso. Artículo científico Gaceta. 1 de junio de 2014;1(493):1-8.
6. Sturla Rojas G, Romo Ormazábal F, Torres-Quintana MA. Manejo clínico odontológico integral del paciente con síndrome de Sjögren: una propuesta. Av Odontostomatol. agosto de 2014;30(4):205-17.
7. Baldini C, Pepe P, Quartuccio L, Priori R, Bartoloni E, Alunno A, et al. Primary Sjögren's syndrome as a multi-organ disease: impact of the serological profile on the clinical presentation of the disease in a large cohort of Italian patients. Rheumatology. mayo de 2014;53(5):839-44.
8. Aguilar GA, Reyes JM, Velazco JLG, Carrillo LGD. Síndrome de Sjögren. Revisión con un caso ilustrativo. 2016;(2):11.
9. Aguilar MVG, Acosta García JM, Cutiño Montero LR, Pompa Milanés LA. Síndrome de Sjögren. Reporte de dos casos y revisión de la literatura. Mul Med. 17 de junio de 2014;18(3):1-14.
10. Matesanz M, Chías G, Vidal J, Lapiedra C, Gómez E. síndrome de sjögren. Revisión e implicaciones en el ámbito de la salud oral. cient dent. 19 de febrero de 2014;11(1):49-54.

11. De Morais Santos LA, Melo Barbalho JC, de Bortoli MM, Amaral MX, do Egito Vasconcelos BC. Síndrome de Sjögren Primária - relato de caso. *Rev Cir Traumatol Buco- Maxilo-Fac.* enero de 2013;13(2):63-8.
12. Narváez J, Sánchez- Fernández SÁ, Seoane-Mato D, Díaz-González F, Bustabad S. Prevalence of Sjögren's syndrome in the general adult population in Spain: estimating the proportion of undiagnosed cases. *Sci Rep.* diciembre de 2020;10(1):10627.
13. Ríos Gomes Bica BE, Saldarriaga Rivera LM, de Almeida Tupinambá H, Newton Leitão de Azevedo M. Síndrome de Sjögren juvenil primario: Estudio de cohorte. *Rev Cuba Reumatol [Internet].* enero de 2015;17(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcur/v17n1/rcur07115.pdf>.
14. Billings M, Dye BA, lafolla T, Baer AN, Grisius M, Alevizos I. Significance and Implications of Patient-reported Xerostomia in Sjögren's Syndrome: Findings From the National Institutes of Health Cohort. *EBioMedicine.* octubre de 2016;12:270-9.
15. Ruiz Serrato A, Infantes Ramos R, Jiménez Ríos A, Luján Godoy PP. Síndrome de Sjögren y halitosis: descripción de un caso clínico. *Reumatología Clínica.* septiembre de 2016;12(5):298-9.
16. Maciel G, Crowson CS, Matteson EL, Cornec D. Prevalence of Primary Sjögren's Syndrome in a US Population- Based Cohort: Primary SS Prevalence. *Arthritis Care & Research.* octubre de 2017;69(10):1612-6.
17. De la Paz Suárez T de la P, García Alguacil C de los milagros, Núñez Rodríguez L. Boca seca: causas, diagnóstico y tratamiento. *Rev electron.* octubre de 2014;39(10):7.
18. Rihl M, Ulbricht K, Schmidt RE, Witte T. Treatment of sicca symptoms with hydroxychloroquine in patients with Sjogren's syndrome. *Rheumatology.* 1 de julio de 2009;48(7):796-9.
19. Stefanski A-L, Tomiak C, Pleyer U, Dietrich T, Burmester GR, Dörner T. The Diagnosis and Treatment of Sjögren's Syndrome. *Deutsches Aerzteblatt Online [Internet].* 19 de mayo de 2017 [citado 17 de mayo de 2021]; Disponible en: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2017.0354>
20. Both T, Dalm VASH, van Hagen PM, van Daele PLA. Reviewing primary Sjögren's syndrome: beyond the dryness - From pathophysiology to diagnosis and treatment. *Int J Med Sci.* 2017;14(3):191-200.
21. Papas AS, Sherrer YS, Charney M, Golden HE, Medsger TA, Walsh BT, et al. Successful Treatment of Dry Mouth and Dry Eye Symptoms in Sjögren's Syndrome Patients With Oral Pilocarpine: A Randomized, Placebo-Controlled, Dose Adjustment Study. *JCR: Journal of Clinical Rheumatology.* agosto de 2004;10(4):169-77.
22. Vishwanath S, Shen L, Suresh L, Ambrus JL. Antisalivary gland protein 1 antibodies in two patients with Sjogren's syndrome: two case reports. *J Med Case Reports.* diciembre de 2014;8(1):145.
23. De Mendonça Invernici M, Finger Stadler A, Vale Nicolau G, Naval Machado MÃ, Soares de Lima AA, Compagnoni Martins M. Management of Sjogren's Syndrome Patient: A Case Report of Prosthetic Rehabilitation with 6-Year Follow-Up. *Case Reports in Dentistry.* 2014;2014:1-5.
24. Xu X, Zhu T, Wu D, Zhang L. Sjögren's syndrome initially presented as thrombotic thrombocytopenic purpura in a male patient: a case report and literature review. *Clin Rheumatol.* mayo de 2018;37(5):1421-6.
25. Yamashita H, Takahashi Y, Kaneko H, Kano T, Mimori A. Thrombotic thrombocytopenic purpura with an autoantibody to ADAMTS13 complicating Sjögren's syndrome: two cases and a literature review. *Modern Rheumatology.* marzo de 2013;23(2):365-73.
26. Plaza Useche CDML, Soto Chávez M en CAA, Ramírez Aguilar CDMÁ, Ruiz Gutiérrez CDEPA del C, Uehara CDN, Huerta Carrillo CDEPA. Tratamiento interdisciplinario en un paciente con síndrome de Sjögren. Reporte de caso. *Rev Mex Periodontol.* julio de 2013;IV(1):24-30.
27. Pan X, Huang F, Pan Z, Tian M. Treatment of serologically negative Sjögren's syndrome with tacrolimus: A case report. *J Int Med Res.* abril de 2020;48(4):030006051989383.

28. Shi M, Chen L. Sjögren's syndrome complicated with Fanconi syndrome and Hashimoto's thyroiditis: Case report and literature review. *J Int Med Res.* junio de 2016;44(3):753-9.
29. Li X, Lu Z, Wang Y. Syringomyelia-like syndrome in neuromyelitis optica spectrum disorder complicated with Sjogren's syndrome: a case report. *BMC Neurol.* diciembre de 2018;18(1):168.
30. Jayarangaiah A, Sehgal R, Epperla N. Sjögren's syndrome and Neuromyelitis Optica spectrum disorders (NMOSD) - a case report and review of literature. *BMC Neurol.* diciembre de 2014;14(1):200.
31. Benítez FY, Solís CU, de Armas HA, et al. Asociación entre Síndrome de Sjögren y enfermedad tumoral: a propósito de un caso. *AMC.* 2016;20(2):219-227.
32. Gayathry V.A, Siriwardena B.S.M.S, Jayasinghe R.D. Sjogren's Syndrome: A Case Report and Review of Literature. *Sri Lanka Dental Journal.* January 2016; 46(03) 109-115

