

Síndrome de Sjögren y Tratamiento Protésico Removible Total con Implantes Mandibulares. Caso Clínico

Sjögren Syndrome and Total Removable Prosthetic Mandible Implants Treatment.
A Case Report

Weber, B.; Martínez, M.; Saavedra, S. & Urrutia, C.

WEBER, B; MARTINEZ, M.; SAAVEDRA, S. & URRUTIA, C. Síndrome de Sjögren y tratamiento protésico removible total con implantes mandibulares, a propósito de un caso clínico. *Int. J. Odontostomat.*, 2(1):71-76, 2008.

RESUMEN: El Síndrome de Sjögren es una patología sistémica crónica autoinmune, cuyos síntomas principales son la xerofthalmia y la xerostomía. Por esta última el tratamiento con prótesis removible total convencional no es bien tolerado en estos pacientes. Se presenta un caso de un paciente género femenino, de 64 años, con síndrome de Sjögren secundario, rehabilitada con prótesis removibles totales mucosoportada superior e implantorretenida inferior mediante dos implantes con fijaciones tipo O´ring. El presente caso se documenta para demostrar que no hay contraindicación en la atención de un paciente con este síndrome tanto para la rehabilitación protésica removible como para la colocación y pronóstico favorable de un tratamiento con implantes óseointegrados.

PALABRAS CLAVE: síndrome de Sjögren, prótesis removible total, implantes dentales.

INTRODUCCIÓN

En este artículo se presenta un caso clínico de un paciente femenino, de 64 años de edad, desdentada total, que consulta por tratamiento protésico, ya que no logra una masticación adecuada con sus prótesis actuales y su familia se encuentra muy preocupada por la alimentación deficiente que presenta y su constante baja de peso. Hace un tiempo atrás le fue diagnosticado Síndrome de Sjögren secundario asociado a Reumatismo y Lupus Eritematoso.

El Síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad sistémica autoinmune, crónica, inflamatoria caracterizada por la infiltración de las glándulas exocrinas por linfocitos y células plasmáticas (National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases; Bagán *et al.*, 1995; Márton *et al.*, 2004). No se conoce la incidencia ni la prevalencia en Chile. El SS es más frecuente en mujeres de mediana edad, en una relación mujer-hombre de 9:1 (Grinspan, 1991; Van der Reijden *et al.*, 1999; Vivino *et al.*, 1999).

Los síntomas clínicos principales y las complicaciones están relacionados con la destrucción de las

glándulas y la sequedad de las mucosas. Los síntomas típicos son la queratoconjuntivitis seca por disminución de la secreción lacrimal y la xerostomía por disminución de la secreción de saliva, pero en realidad todas las mucosas están secas por atrofia de las glándulas exocrinas (National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases; De Lucas, 1988; Grinspan; Vivino *et al.*).

Cuando existen xerostomía, queratoconjuntivitis y enfermedad del colágeno se denomina al proceso SS Secundario y cuando falta la enfermedad del colágeno, SS Primario. El SS secundario es asociado comúnmente con la presencia de enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoidea (AR), lupus, esclerodermia o polimiositis (National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases; Bagán *et al.*; Binon, 2005).

Aunque son estos los síntomas predominantes se puede afectar también todo el sistema de glándulas exocrinas. La enfermedad puede ser órgano específica comprometiendo sólo al sistema exocrino o una

enfermedad sistémica comprometiendo por infiltración linfocítica a los pulmones, riñones, vasos sanguíneos, músculos o transformarse en una enfermedad proliferativa de las células B (National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases).

Según la Comunidad Europea, el diagnóstico de SS está basado en la evaluación de signos y síntomas orales, signos y síntomas oculares, histopatología (biopsia de glándula salival labial), y la presencia de anticuerpos contra los antígenos SS-A (Ro) y SS-B (La) al examen serológico (Bagán *et al.*; Márton *et al.*).

A nivel oral, debido a la xerostomía, los pacientes expresan boca urente, dificultad para masticar, disfagia con los alimentos secos, dificultad para hablar y tendencia a ulceraciones (Bagán *et al.*; Binon). A menudo la percepción del gusto cambia (National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases; Al-hashimi, 2001; Vivino *et al.*). La lengua se presenta roja, seca, depapilada, como barnizada, sus surcos aparecen aumentados en profundidad y ancho, y pueden figurarse (Grinspan). Aumenta la incidencia de caries y su severidad (National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases; Vivino *et al.*). Si bien no hay influencia sobre la retención de las prótesis removibles totales maxilares (Márton *et al.*) los pacientes con SS se quejan de no tolerarlas (Bagán *et al.*), esto debido a la disminución del flujo salival.

Tratamiento de los síntomas orales. Es necesario aumentar la secreción salival para minimizar el riesgo de infecciones orales, irritación de las mucosas y alergias. Esto se puede lograr por estimulación fisiológica, con gomas de mascar y caramelos sin azúcar; también estimulación farmacológica con fármacos colinérgicos tales como la Pilocarpina, con una dosis de 5 mg 4 veces al día (Vivino *et al.*) o Cevimelina, a una dosis de 30 mg 3 veces al día. Estos medicamentos están contraindicados en pacientes con Asma no controlada, Glaucoma e Iritis. Dentro de sus efectos colaterales está el aumento de la sudoración. En cuanto a los sustitutos de saliva, sus beneficios son limitados y de breve duración, aunque puede ser de ayuda para pacientes con úlceras orales o erosiones (Al-hashimi).

Artritis reumatoide (AR). Es una enfermedad articular inflamatoria crónica, de evolución generalmente progresiva, afecta un 1-2 % de la mayoría de las poblaciones, 2 a 3 veces más frecuente en la mujer que en el varón. Puede manifestarse como un cuadro oligoarticular leve de duración breve o adoptar la forma de una poliartritis destructiva asociada con

vasculitis sistémica. La afectación articular se manifiesta clínicamente por dolor, rigidez, limitación de la movilidad y signos inflamatorios como hinchazón, calor, eritema e hipersensibilidad (Stein, 1987).

Para el diagnóstico los criterios más aceptados son los de la American College of Rheumatology: a) rigidez matutina articular de al menos una hora de duración; b) artritis de tres o más áreas articulares, al menos tres de ellas deben presentar hinchazón de tejidos blandos o líquido sinovial; c) artritis de las articulaciones de las manos; d) artritis simétrica, con afectación simultánea de las mismas áreas articulares; e) presencia de nódulos reumatoides, subcutáneos; f) demostración de cantidades anormales de "factores reumatoides" séricos, y g) alteraciones típicas de artritis reumatoide en las radiografías posteroanteriores de las manos y las muñecas. Se afirma que un enfermo tiene AR si satisface al menos cuatro de los siete criterios.

El tratamiento consiste en un programa básico de reposo y ejercicios. La administración de un AINE es una medida necesaria en casi todos los casos para conseguir un alivio rápido del dolor, disminuir la inflamación y mejorar la calidad de vida. También se utilizan fármacos de segunda línea, antirreumáticos de acción lenta o que inducen remisión, con los que se pretende frenar la enfermedad, tales como las sales de oro, la d-penicilamina, la cloroquina, sulfasalazina, metroxato y ciclosporina A. Si con las medidas anteriores no se obtiene una respuesta satisfactoria, se pueden utilizar los glucocorticoides, sin sobrepasar la dosis de 7,5 mg de prednisona o equivalente de metilprednisolona o desflazacort (Farreras & Rozman, 2000).

Lupus eritematoso. Es una enfermedad inflamatoria recidivante aguda o crónica de etiología desconocida. Se cree que en ella intervienen factores genéticos, hormonales, metabólicos y ambientales. Hasta el momento se considera incurable, y el tratamiento médico va encaminado a suprimir la inflamación y el estado hiperinmune, para así atenuar la intensidad y frecuencia de los periodos de actividad. Se cree que es debido a algún defecto de los mecanismos de regulación del sistema inmunitario. El resultado final es el desarrollo de un estado de hiperactividad espontánea de los linfocitos B, con producción incontrolada de anticuerpos dirigidos tanto contra antígenos exógenos como frentes a otros del propio huésped. Las manifestaciones clínicas son variables, desde un cuadro sistémico leve típico limitado a una erupción facial por

un fenómeno de fotosensibilidad y una artritis difusa transitoria hasta una enfermedad fulminante que amenaza la existencia, con afectación importante de corazón, pulmones, riñones o sistema nervioso central. Debe evitarse la exposición a los rayos ultravioleta en los enfermos con fotosensibilidad. Los medicamentos que actualmente con frecuencia se utilizan son AINEs, glucocorticoides (prednisona o metilprednisona, y tratamiento tópico con hidrocortisona para lesiones cutáneas), antipalúdicos (difosfato de cloroquina) e inmunodepresores (azatioprina). El empleo de cada uno de ellos depende del tipo y de la gravedad de las manifestaciones clínicas. Evitar tomar fármacos con capacidad para desencadenar nuevos brotes de la enfermedad (anticonceptivos) y prestar una adecuada atención a las situaciones que pueden reactivar la enfermedad (embarazo, infecciones, aborto, intervenciones quirúrgicas) (Farreras & Rozman).

CASO CLINICO

Paciente a quien le fue diagnosticado el Síndrome de Sjögren secundario asociado a Lupus Eritematoso y Artritis reumatoidea. Ella relata sentir molestias en su boca por la sequedad bucal que siente a causa del flujo salival disminuido producto de su enfermedad autoinmune.

La paciente toma los siguientes medicamentos recetados por su médico tratante: Nifedipino 20mg, para un cuadro de hipertensión leve, Cortiprex (Prednisona) 5 mg para tratamiento del Lupus, Plaquinol (Hidroxicloroquina sulfato) 200mg para tratamiento del Lupus, Lovastatina 20mg para control del colesterol, Glifortex 850 mg para control de Diabetes como hipoglicemiente, Bromhexina 4 mg y Secand, como generador natural de saliva. Antes del tratamiento dental el médico tratante relató que optaría en el futuro por comenzar con un tratamiento de saliva artificial si la condición no mejora.

Al examen clínico extraoral se observa un paciente sin alternaciones generales y con su articulación temporomandibular asintomática y en funcionamiento normal. Se observa un grado leve de queilitis angular (Fig. 1).

Al examen clínico intraoral se observa paciente desdentado total superior e inferior sin alteraciones relevantes en los tejidos blandos. Al examen radiográfico se observa que los rebordes alveolares presentan

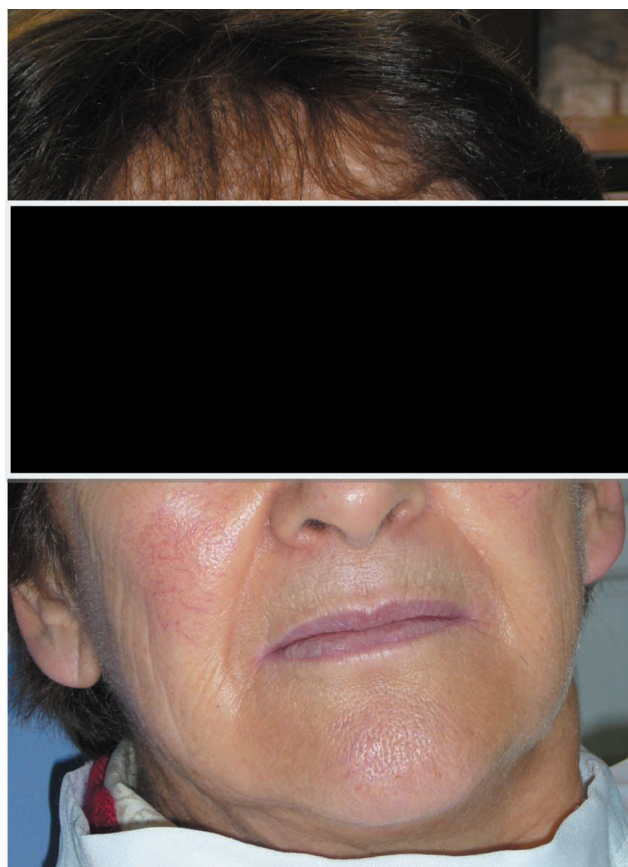


Fig. 1. Paciente con un grado leve de queilitis angular.

marcada atrofia alveolar tanto superior como inferior (Fig. 2) lo cual es de problema para la paciente ya que no logra retención suficiente con sus aparatos protésicos y por consecuencia una masticación y alimentación defectuosa.

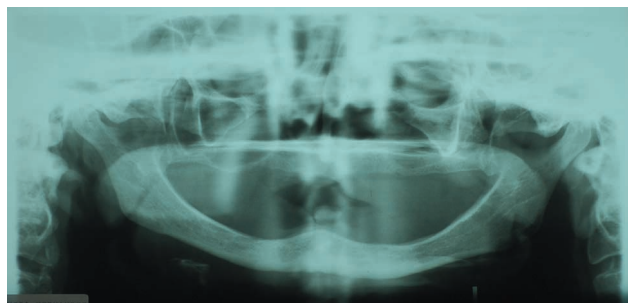


Fig. 2. Rx panorámica mostrando la gran atrofia alveolar tanto en la mandíbula como en la maxila,

El plan de tratamiento elaborado consistió en acondicionamiento con acondicionadores de tejidos (Ufi Gel) de las prótesis antiguas para estabilizar estas y mejorar el estado de la mucosa levemente infla-

mada. Luego la planificación para la elaboración de prótesis nuevas totales superior e inferior con 2 implantes inferiores tipo Branemark (11.5 x 4mm) a nivel de incisivos laterales que se pueden observar en la Rx control de los 6 meses observándose además oseointegración sin pérdida ósea horizontal ni vertical. (Rx

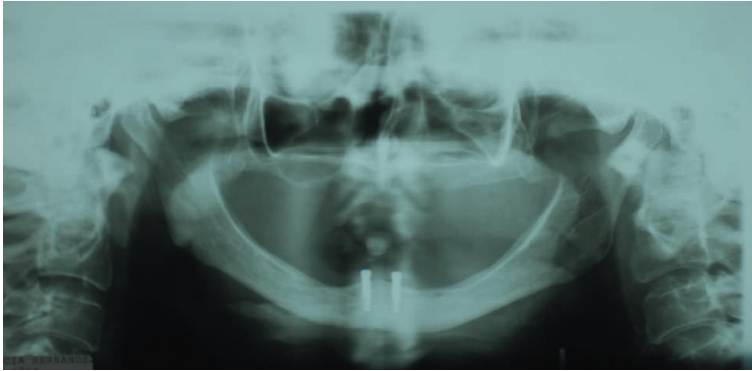


Fig. 3. Rx panorámica de control de implantes mandibulares oseointegrados.



Fig. 4. Pilares O' Ring instalados sobre los implantes mandibulares.



Fig. 5. Ataches instalados en prótesis mandibular.

control Fig. 3). Estos fueron conectados a la prótesis inferior previamente confeccionada mediante ataches tipo O'Ring a los 7 meses de haber colocado los implantes (Figs. 4, 5 y 6). Para el futuro y dependiendo de las exigencias del paciente existe la posibilidad de colocar implantes cigomáticos.

Se presenta el caso clínico mostrando las radiografías panorámicas previa y control de implantes con el juego de prótesis removable y la conexión a los implantes demostrando así el éxito clínico en pacientes con compromiso autoinmune.

DISCUSIÓN

En este caso clínico observamos un resultado exitoso a corto y mediano plazo (1 año y medio) que mejora enormemente la condición social, funcional y estética del paciente. Resultados similares son los relatados por Binon que realizó un seguimiento de los implantes por 13 años observando estabilidad y funcionalidad en prótesis totales fijas sobre implantes en pacientes con Síndrome de Sjögren sin pérdida de estos, obteniendo resultados similares a los observados en pacientes sin SS.

A pesar de presentar un reborde alveolar superior atrófico se logra una retención suficiente para las expectativas de la paciente, situación favorecida por la secreción salival de las glándulas salivales menores ubicadas en el paladar, que no son afectadas por este síndrome autoinmune (Márton *et al.*)

Isidor *et al.* (1999) obtuvo resultados exitosos en 8 pacientes de sexo femenino con prótesis removibles implanto retenidas sin pérdida de implantes. Después de 2 años de funcionamiento 7 pacientes relataron sentirse satisfechos y conformes con el funcionamiento de la prótesis implanto retenidas, mejorando así notablemente el confort de los pacientes.

Muchas veces estos tratamientos



Fig. 6. Visión de prótesis ya instaladas en la cavidad oral.

mediante implantes tipo Branemark en pacientes con este síndrome han demostrado resultados exitosos y no existe menor tasa de oseointegración que en pacientes sanos (Payne *et al.*, 1997).

Finalmente concluimos que estos tratamientos mediante implantes dentales y prótesis removibles pueden ser utilizados satisfactoriamente en pacientes sanos como también en pacientes con algún compromiso general importante como en este caso un síndrome Sjögren secundario, una enfermedad autoinmune importante. Una vez más queda demostrado así lo masivo que pueden ser los tratamientos con implantes hoy en día disminuyendo notablemente las contraindicaciones.

WEBER, B; MARTINEZ, M.; SAAVEDRA, S. & URRUTIA, C. Sjögren syndrome and total removable prosthetic mandible implants treatment, a case report. *Int. J. Odontostomat.*, 2(1):71-76, 2008.

ABSTRACT: The Sjögren syndrome is a chronic autoimmune systemic disease, which main symptoms are xerophthalmia and xerostomy. Due to the latter treatment with total conventional removable prosthesis is not well tolerated in these patients. We report a case of a female patient, 64 years old, with secondary Sjögren syndrome, treated with full arch upper denture and lower implant-retained denture. O'ring type fixings. This case show that these is not contraindication to treat a patient with this syndrome with a conventional dentures or implant support denture.

KEY WORDS: Sjögren's syndrome, removable full dentures, dental implants.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-hashimi, I. The management of Sjögren's syndrome in dental practice. *J. Am. Dent. Assoc.*, 132:1409-17, 2001.
- Bagán, S. J. V.; Ceballos, S. A.; Bermejo, F. A.; Aguirre, U. J. M. & Peñarrocha, D. M. *Medicina Oral*. Barcelona, Masson, 1995.
- Binon, P. P. Thirteen-year follow-up of a mandibular implant-supported fixed complete denture in a patient with Sjögren's syndrome: a clinical report. *J. Prosthet. Dent.*, 94:409-13, 2005.
- De Lucas, T. M. *Medicina Oral*. Barcelona, Salvat, 1988
- Farreras, V. P. & Rozman, C. *Medicina Interna*. Madrid, Harcourt S. A., 2000.
- Grinspan, D. *Enfermedades de la boca. Semiología, patología, clínica y terapéutica de la mucosa bucal*. Buenos Aires, Ed. Mundi SAIC y F, 1991.
- Isidor, F.; Brondum, K.; Jorgen Hansen, H.; Jensen, J. & Sindet-Pedersen, S. Outcome of Treatment with Implant-Retained Dental Prosthesis in Patients with Sjögren Syndrome. *Int. J. Oral Maxillofac. Implants*, 14:736-43, 1999.
- Márton, K.; Boros, I.; Fejérdy, P. & Madléna, M. Evaluation of unstimulated flow rates of whole and palatal saliva in healthy patients wearing complete dentures and in patients with Sjögren's syndrome. *J. Prosthet. Dent.*, 91:577-81, 2004.
- National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases. Questions & Answers about Sjögren's Syndrome. Public Health Service. U.S. Department of Health and Human Services. Disponible en: http://www.niams.nih.gov/Health_Info/Sjogrens_Syndrome/sjogrens_syndrome_qa.pdf

Payne, A. G.; Lownie, J. F. & Van Der Linden, W. J. Implant-supported prostheses in patients with Sjögren's syndrome: a clinical report on three patients. *Int. J. Oral Maxillofac. Implants*, 12(5):679-85, 1997.

Stein, J. H. *Medicina Interna*. Barcelona, Salvat, 1987.

Van der Reijden, W. A.; Vissink, A.; Veerman, E. C. & Amerongen, A. V. N. Treatment of oral dryness related complaints (xerostomia) in Sjögren's syndrome. *Ann. Rheum. Dis.*, 58:465-74, 1999.

Vivino, F. B.; Al-Hashimi, I.; Khan, Z.; LeVeque, F. G.; Salisbury, P. L.; Tran-Johnson, T. K.; Muscoplat, C. C.; Trivedi, M.; Goldlust, B. & Gallagher, S. C. Pilocarpine Tablets for the Treatment of Dry Mouth and Dry Eye Symptoms in Patients With Sjögren Syndrome. *Arch. Intern. Med.*, 159:174-81, 1999.

Correspondencia para:
Benjamín Weber Rauch
Departamento de Odontología Integral
Facultad de Medicina
Universidad de La Frontera
Casilla 54-D
Temuco - CHILE

Email: oralben@gmx.net

Recibido : 19-05-2008

Aceptado : 12-06-2008