

## **Manifestaciones bucales del síndrome de Sjögren. Presentación de un caso**

### **Oral manifestations of the Sjögren's syndrome. Presentation of a case**

**Dra. Deyanira Cabrera Escobar,<sup>I</sup> Dra. Orquídea Ferrer Hurtado,<sup>I</sup> Dr. Luis  
González Valdés,<sup>II</sup> Dr. Luis Cañadilla González,<sup>II</sup> Dra. Ana María Tellería  
Castellanos<sup>I</sup>**

<sup>I</sup> Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez. La Habana, Cuba.

<sup>II</sup> Hospital Clínico Quirúrgico Miguel Enríquez. La Habana, Cuba.

---

#### **RESUMEN**

El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmunitaria, caracterizada por la infiltración linfoplasmocitaria de las glándulas exocrinas con destrucción epitelial, provocando un síndrome seco. El objetivo de esta presentación de caso fue profundizar en el conocimiento de la enfermedad, ya que constituye la clave para su diagnóstico oportuno. Se presentó a una paciente femenina de 54 años, con antecedentes de lupus eritematoso sistémico. El interrogatorio, el examen clínico general y bucal, los estudios de laboratorio e histológico, así como la sospecha clínica de la enfermedad, permitieron realizar el diagnóstico del síndrome de Sjögren asociado a lupus eritematoso sistémico. En esta paciente concurren las siguientes manifestaciones bucales: xerostomía, halitosis, sensación de sed constante, dificultades para la deglución y para hablar, labios secos y pálidos, lengua depapilada, ardor bucal, intolerancia al uso de la prótesis, queilitis angular y candidiasis bucal. El manejo de la enfermedad tiene un enfoque multidisciplinario; el estomatólogo cumple un papel esencial en su diagnóstico y tratamiento, lo cual permite mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

**Palabras clave:** síndrome de Sjögren, xerostomía, diagnóstico.

---

## ABSTRACT

The Sjögren's syndrome is an auto-immune disease, characterized by the lymphoplasmocytic infiltration of the exocrine glands with epithelial destruction, provoking a dry syndrome. The objective of this case presentation was deepening in this disease knowledge, because it is the key for its opportune diagnosis. We presented a female patient, aged 54 years, with antecedents of systemic lupus erythematosus. The anamnesis, oral and general examination, histological and laboratory studies, and also the clinical suspicion, allowed arriving to the diagnosis of Sjögren's syndrome associated to systemic lupus erythematosus. This patient showed the following oral manifestations: xerostomia, halitosis, sensation of constant thirst, difficulties for deglutition and speaking, dry and pale lips, depapillated tongue, oral burning, intolerance to prosthesis usage, angular cheilitis and oral candidiasis. The disease management has a multidiscipline approach; the dentist plays an essential role in the disease's diagnosis and treatment, allowing improving the life quality of these patients.

**Palabras clave:** Sjögren's syndrome, xerostomia, diagnosis.

---

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de Sjögren (SS) es un desorden multisistémico que puede involucrar a numerosos especialistas incluidos internistas, reumatólogos, dentistas, oftalmólogos, ginecólogos o geriatras. Aunque es importante que un médico asuma toda la responsabilidad en el cuidado del paciente, el SS es un paradigma que requiere una aproximación en equipo y que suele repercutir en otros profesionales.<sup>(1)</sup>

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria, multisistémica y episódica, caracterizada por la inflamación vascular generalizada y del tejido conectivo, y por la presencia de anticuerpos antinucleares (ANA), especialmente los anticuerpos anti-ADN de doble cadena.<sup>(2)</sup>

El síndrome de sjögren (SS), por su parte, es una enfermedad sistémica crónica que implica principalmente las glándulas salivares y lacrimales, es considerada una exocrinopatía inflamatoria autoinmune, se caracteriza fundamentalmente por la presencia de sequedad ocular (xeroftalmia) y bucal (xerostomía), debido a la infiltración de las glándulas lagrimales y salivales por células linfoplasmocitarias confirmadas por su histopatología. Estos infiltrados originan una destrucción progresiva de las glándulas exocrinas, con la consiguiente disminución de las secreciones glandulares y la aparición de sintomatología relacionada con la sequedad de las mucosas infiltradas. Posee una variante primaria y otra secundaria; el síndrome de Sjögren primario (SSp), comprende xeroftalmia y xerostomía, pueden distinguirse manifestaciones extraglandulares, cutáneas, musculoesqueléticas, respiratorias, urogenitales, tiroideas, gastrointestinales o hepatobiliares, en tanto que la segunda, se presenta la xeroftalmia o la xerostomía asociada a una enfermedad bien definida del tejido conectivo, por lo general, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico (LES), esclerodermia, polimiositis,

cirrosis biliar primaria, infección por el virus del HIV, infección por el virus de hepatitis C, y es denominado síndrome de Sjögren secundario.<sup>(3)</sup>

El SS se describe como una enfermedad cuya variante primaria se puede extender entre un 0,05 % a 1 % de la población, y en su forma secundaria, acompaña al 30 % de los pacientes con artritis reumatoidea, 10 % de los que tienen lupus y 20 % de los que presentan esclerodermia.<sup>(4)</sup> En la bibliografía revisada, no encontramos estudios cubanos relacionados con SS asociado a LES.

Martínez<sup>(5)</sup> y Guerrero<sup>(6)</sup> exponen que en el síndrome de Sjögren secundario (SSs), la persona ya tiene una enfermedad autoinmune antes de que se desarrolle el SS. También, es llamado síndrome Sjögren asociado, ya que el término secundario puede ser interpretado como de menor importancia con respecto al primario.<sup>(5)</sup>

Se disponen de criterios internacionales para la clasificación del SS modificados por el Consenso Europeo-Americano que incluyen: I- síntomas oculares, II- síntomas orales, III- signos oculares (hiposecreción lacrimal documentada por test de Schirmer < 5 mm en 5 min y/o test de Rosa Bengala > 4 puntos en la escala de Bijsterveld), IV- características histopatológicas (biopsia de glándulas salivares accesorias que demuestran focos linfocíticos adyacentes a acinos mucosos que contienen > 50 linfocitos por 4 mm<sup>(2)</sup> de tejido glandular), V- evidencia objetiva de compromiso salivar dada por resultado positivo de al menos una de tres de las siguientes pruebas: hipocaptación en gammagrafía salivar, sialografía de parótida y disminución del flujo salivar (< 1.5 cc en 15 min), VI- detección de autoanticuerpos Anti Ro/SSA, Anti La/SSB, Anticuerpos Antinucleares (ANA), Factor Reumatoideo (FR).<sup>(7)</sup> Los pacientes con SS secundario deben mostrar positivos el criterio I o II y al menos dos de los criterios III, IV y V.<sup>(8)</sup>

La sensación de boca seca constituye un motivo de consulta frecuente en los servicios de estomatología, por lo general, es evaluada por los estomatólogos como una sintomatología independiente, sin embargo, pudiera ser la antesala de determinados procesos sistémicos autoinmunes como el SS, o conducirse como una manifestación clínica de esta enfermedad, por lo que es indispensable el estudio de estos pacientes. Considerando que el SS afecta de forma significativa la calidad de vida de los pacientes que la padecen, y dados los inconvenientes para el diagnóstico y el manejo terapéutico correcto por la ausencia de su sospecha clínica, se consideró pertinente la presentación de este caso, con el fin de profundizar en el conocimiento de esta afección, el cual constituye la clave para el diagnóstico oportuno y su atención multidisciplinaria.

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente femenina, de 54 años de edad, raza mestiza, de procedencia urbana, es trabajadora, presenta antecedentes de lupus eritematoso sistémico desde el año 2003. Posee tratamiento con prednisona (20 mg/día), cloroquina (150 mg/día), azatioprina (50 mg/día) y vitaminoterapia. La paciente acudió a nuestro servicio para recibir tratamiento estomatológico, referida por el especialista en Medicina Interna, el cual, luego del examen clínico, le indicó exámenes complementarios por sospecha clínica de SS.

En la anamnesis, la paciente manifestó halitosis de aproximadamente dos años de evolución, explicó la insatisfacción en sus relaciones interpersonales por el rechazo que percibe de sus compañeros de trabajo. Refirió sequedad bucal de igual período de evolución, sed constante (ingere sorbos de agua continuamente), dificultad para

hablar y para deglutir alimentos sólidos. Planteó que tuvo necesidad de realizarse exodoncias múltiples hace dos meses, debido a caries dentales, es por ello que tuvo deterioro progresivo y en muy poco tiempo de su dentadura. Aunque fue rehabilitada protésicamente, no tolera su uso porque sufre de ardor bucal. Expuso que le aparecen frecuentemente úlceras bucales asintomáticas. Desde que percibió la halitosis y la sequedad bucal, ha visitado insistentemente a médicos y estomatólogos no encontrando solución a su problema, le planteaban que estas manifestaciones eran producto del LES. Declaró como hábito tóxico el café, con una frecuencia de 7 u 8 tazas al día.

Expuso los síntomas generales siguientes: astenia, anorexia, artralgias y mialgias generalizadas e intolerables.

El examen físico extraoral mostró labios secos y pálidos (Figura 1), queilitis angular. (Fig. 2)



**Fig. 1.** Labios secos y pálidos, candidiasis bucal.



**Fig. 2.** Queilitis angular.

El examen físico intrabucal reveló saliva de aspecto viscoso, mucosa bucal poco húmeda e hipercoloreada, desdentamiento total superior e inferior, lesiones candidásicas pseudomembranosas (las pseudomembranas se desprendieron al raspado) en las superficies laterales derecha e izquierda del labio superior (Figura 1), zonas enrojecidas y depapiladas en la región dorsal lingual (Figura 3), se comprobó la existencia de la halitosis.



**Fig. 3.** Zonas enrojecidas y depapiladas.

#### Exámenes complementarios

- Hemoglobina: 11,3 g/L
- Eritrosedimentación: 115 mm/h
- Glucemia: 4,5 mmol/L
- Transaminasa glutámico-pirúvica: 31,5 U/L
- Transaminasa glutámico-oxalacética: 28 U/L
- Creatinina: 93mmol/L
- Colesterol: 4,5 mmol/L
- Triglicéridos: 1,3 mmol/L
- Ácido úrico: 247,12 mmol/L
- Proteína C reactiva. Positiva
- Fosfatasa alcalina: 200 mmol/L
- Complemento C3: 63,5 mg/dl
- Complemento C4: 8,218 mg/dl
- ANA: positivo por inmunofluorescencia 1/160 patrón moteado
- Anticuerpos anti-Ro/SS-A: no realizado
- Anticuerpos anti-SS-B/La: no realizado
- Factor reumatoide: negativo
- Electroforesis de proteína: negativo
- VIH: No reactivo
- Anticuerpos contra Hepatitis C: No reactivo
- Sialometría: 0,8 ml/15 min
- Cultivo micológico: se aisló *Cándida albicans*, sensible al fluconazol.
- Biopsia de las glándulas salivales labiales: dos focos de infiltración linfocítica acinar y periductal, con diagnóstico anatomopatológico de sialoadenitis linfocitaria compatible con SS.

Según los criterios clínicos (xerostomía), de laboratorio (sialometría e histopatología de glándulas salivales labiales positivas), se confirmó el diagnóstico de SS asociado a LES (LES-SS). Se indicó continuar con la terapia de mantenimiento. Desde el punto de vista estomatológico se prescribió hidratación adecuada (ingestión de agua con una frecuencia de 8 a 10 vasos diarios), cepillado de la lengua después del desayuno y en la noche antes de acostarse, realizar enjuagatorios con infusión de manzanilla 3 veces al día para estimular la reparación de la mucosa bucal, prescindir dentro de lo posible de medicamentos que causen xerostomía, evitar el cigarro, la cafeína y las bebidas alcohólicas, se recomendó mantener en la boca alimentos ácidos no azucarados que incrementen la secreción salival (caramelos ácidos, zumo de limón). Para el tratamiento de la candidiasis

bucal se indicó fluconazol (150 mg/semana por 1 mes), se orientó exámenes estomatológicos cada tres meses.

La paciente, tras este tiempo de tratamiento, evolucionó con mejoría de su sintomatología clínica realizando una vida laboral y social normal.

El diagnóstico diferencial incluye otras condiciones que producen sequedad bucal: los tratamientos de radioterapia y quimioterapia de cabeza y cuello, las infecciones por el virus del HIV y de la hepatitis C, la amiloidosis, la sarcoidosis, la enfermedad injerto contra huésped, la diabetes mellitus, el tratamiento crónico con antidepresivos tricíclicos, anticolinérgicos, diuréticos, antihistamínicos y neurolepticos, infecciones u obstrucciones en las glándulas salivales mayores, atrofia senil de las glándulas salivales mayores, la respiración bucal, la deshidratación, la menopausia.<sup>(3)</sup>

## DISCUSIÓN

La xerostomía es una condición asociada tanto con una disminución en la tasa del flujo salival como con una alteración en la composición química de la saliva, causando, en cualquiera de sus vertientes, boca seca, la cual puede tener un deterioro en varios aspectos de la función oral y el estado de salud general.<sup>(9)</sup>

La xerostomía afecta al 90 % de los pacientes con Síndrome de Sjögren primario (SSp). En el SSs, la frecuencia e intensidad suele ser menor.<sup>(3)</sup>

Gomes<sup>(10)</sup> y Cañas<sup>(11)</sup> concuerdan, en que el SS es una enfermedad de interés creciente en la comunidad científica puesto que existe un retardo importante en el diagnóstico de la enfermedad, debido a que las manifestaciones sistémicas suelen ser subestimadas tanto por los pacientes como por el médico, señalan, que los muchos síntomas que se manifiestan se combinan con otras enfermedades lo que dificulta la orientación diagnóstica, por lo que tarda aproximadamente cuatro años en diagnosticarse. Estos autores concuerdan al plantear que seguramente se debe al desconocimiento general de esta afección. Por su parte, Cañas<sup>(11)</sup> en la descripción de su cohorte, informó, un retardo diagnóstico evidente como promedio 4,5 años antes de hacerse el diagnóstico definitivo de la enfermedad, lo cual tuvo un impacto desfavorable en la calidad de vida de los pacientes investigados. Con relación a ello, consideramos que existe una correspondencia entre estos autores y el caso que nos ocupa, pues, del mismo modo, hubo un retardo en el diagnóstico de la enfermedad autoinmune asociada (SS), en el caso presentado la paciente refirió haber acudido desde el comienzo de su síntoma seco reiteradamente a médicos y estomatólogos, sin lograr mejoría en su sintomatología clínica.

En el SS, la saliva pierde su capacidad tampón, lubricante y antimicrobiana, lo que conduce a un aumento de la friabilidad de la mucosa y de las infecciones orales.<sup>(8,10)</sup> La xerostomía resulta ser uno de los principales síntomas en el SS por disminución de la secreción salival, incluso algunos pacientes expresan boca urente, dificultad para masticar, disfagia con los alimentos secos, dificultad para hablar y disgeusia o cambios en la percepción del gusto.<sup>(4)</sup> Los signos clínicos que provoca la xerostomía incluyen labios secos y fisurados, lengua saburral, eritematosa y fisurada. Es común encontrar queilitis angular, caries rampantes de localizaciones atípicas, desgaste oclusal, mucositis y ulceraciones orales.<sup>(8)</sup> El 30 % de los pacientes refieren historia de hipertrofia de las glándulas parótidas, lo cual generalmente es unilateral e intermitente.<sup>(12)</sup>

Ahmadi,<sup>(13)</sup> reportó un caso con SS en el que las caries dentales graves fueron la primera manifestación clínica, a su vez, Sánchez<sup>(14)</sup> destacó que la xerostomía estuvo presente en su estudio, confluyendo otras características clínicas: disfagia, incapacidad para hablar de forma continua, ardor bucal, aumento de las caries y atrofia papilar del dorso lingual. De la paz<sup>(15)</sup> y López,<sup>(16)</sup> en sus estudios respecto al SS, concuerdan, en que la sequedad bucal origina edentulismo prematuro, estiman que las prótesis dentales en estos enfermos, debido a la sequedad bucal, se retienen peor, causan irritación de la mucosa, molestias y son poco aceptadas. De acuerdo con lo descrito en estos estudios, en nuestra paciente concurren las siguientes manifestaciones bucales: xerostomía, halitosis, sensación de sed constante, dificultades para la deglución y para hablar, labios secos y pálidos, candidiasis bucal, queilitis angular, región dorsal lingual con zonas enrojecidas y depapiladas, odinodinia, intolerancia al uso de la prótesis. La paciente señaló en el interrogatorio la aparición frecuente de úlceras orales asintomáticas, que aunque no se constató en el examen bucal, coinciden con lo descrito por Bethencourt,<sup>(2)</sup> quien puntualiza la presencia de úlceras bucales indoloras en el LES.

A nuestro juicio, la causa de la pérdida dentaria en el caso reportado fue la caries dental, la paciente refirió haberse realizado exodoncias múltiples por caries dentales progresivas en un periodo de tiempo muy corto. En virtud, es importante que estos pacientes se impliquen en el cuidado de su salud bucodental, el cumplimiento del tratamiento indicado, una correcta higiene bucal, el control de la dieta, el examen estomatológico sistemático, estas actividades y las acciones de salud realizadas por el equipo estomatológico, constituyen la base fundamental en la prevención de las complicaciones bucales en el paciente con SS.

En esta afección la capacidad de la saliva está alterada, de modo que estos pacientes son más susceptibles de padecer infecciones oportunistas,<sup>(8)</sup> asimismo, los pacientes con tratamiento corticoide y/o inmunosupresores, son especialmente susceptibles a las infecciones por *Cándida albicans*.<sup>(17,18)</sup> El examen bucal de nuestra paciente, mostró lesiones candidiásicas, las cuales fueron confirmadas por el cultivo de las mismas. Coincidimos con Monteserrin,<sup>(8)</sup> en que la candidiasis bucal es una de las manifestaciones bucales del SS. La administración de prednisona y azatioprina utilizada en el tratamiento del LES, pudiera también condicionar la aparición de estas lesiones. García, *et al*<sup>(3)</sup> destacan que la hipocomplementemia (C3, C4) se correlaciona directamente con el LES, y que es un dato inmunológico que con frecuencia presentan los pacientes con SS. Los resultados de laboratorio de la paciente, revelaron una disminución de los niveles séricos de las fracciones C3 y C4 del complemento. Existe una uniformidad de los hallazgos encontrados en nuestro caso con relación a los criterios planteados, convergemos en que la candidiasis bucal, de igual forma, es frecuente en el SSp y en el SS asociado a LES por trastornos en la inmunidad, el tratamiento con corticoide e inmunosupresor, también indujo la infección por la *Cándida albicans*, como ocurrió en nuestra paciente.

Ruiz,<sup>(19)</sup> declara en su informe a paciente femenina con halitosis persistente a la cual se le diagnosticó SS. Por su parte, Foglio<sup>(20)</sup> considera que la halitosis es un trastorno capaz de condicionar la calidad de vida, particularmente en lo que atañe a las relaciones sociales. Con relación a ello, apreciamos la paciente un importante deterioro de su estado físico, social y psicológico. A pesar de que se plantea que la halitosis es una manifestación clínica relacionada con la sequedad bucal,<sup>(8,15)</sup> estamos de acuerdo con lo expuesto por Ruiz:<sup>(19)</sup> se hallan escasos reportes en los que se notifique la halitosis como sospecha para el diagnóstico de SS, como ocurrió en el caso que se presenta.

Teniendo en cuenta que el SS es una enfermedad ampliamente subdiagnosticada, un retraso en el diagnóstico de la misma, genera un impacto significativo a nivel

físico, psicológico y económico del paciente. El manejo de la enfermedad tiene un enfoque multidisciplinario. El estomatólogo cumple un papel esencial en su diagnóstico y tratamiento por el deterioro de la función salival, lo cual aumenta el riesgo a desarrollar enfermedades bucales, por lo que el tratamiento, incluye, además, actividades y acciones preventivas, así como evaluaciones periódicas para el control de la enfermedad, lo cual permite mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Hernández Cuéllar IM, Reyes Pineda Y, Hernández Cuéllar MV, et al. Síndrome de Sjögren y embarazo. Rev Cubana Reumatol [Internet]. 2013 [citado 19 Dic 2015];15(2). Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/210>
- 2- Bethencourt JJ. Lupus eritematoso sistémico. Protoc Diagn Ter Pediatr [Internet]. 2014 [citado 19 Dic 2015];1:71-7. Disponible en: [http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/08\\_lupus\\_eritematoso\\_sistemico.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/08_lupus_eritematoso_sistemico.pdf)
- 3- García M, Ramos Casals M, Cervera R. Síndrome de Sjogren. En: Rojas-Rodríguez J, García Carrasco M, Cervera R, Font J. Enfermedades autoinmunes, sistémicas y reumáticas. Barcelona: Doyma; 1997. p. 103-20.
- 4- Sturla Rojas G, Romo Ormazábal F, Torres-Quintana MA. Manejo clínico odontológico integral del paciente con síndrome de Sjögren: una propuesta. Av Odontoestomatol [Internet]. 2014 Ago [citado 29 Dic 2015];30(4). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v30n4/original3.pdf>
- 5- Martínez Sánchez LM, Cardona Velez J, Vargas Grisales N, et al. Perfil clínico y epidemiológico de pacientes con síndrome de Sjögren concomitante a artritis reumatoide. MedUnab [Internet]. 2013 [citado 7 Ene 2016];16(2). Disponible en: [http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path\[\]=1802&path\[\]=1865](http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path[]=1802&path[]=1865)
- 6- Guerrero Aguilar MV, Acosta García JM, Cutiño Montero LR, Pompa Milanés LM. Síndrome de Sjögren. Reporte de dos casos y revisión de la literatura. MultiMed [Internet]. 2014 [citado 19 Dic 2015];18(3). Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2014/v18-3/14.html>
- 7- Ríos Gomes-Bica BE, Saldarriaga Rivera LM, De Almeida Tupinambá H, Leitão de Azevedo MN. Síndrome de Sjögren juvenil primario: estudio de cohorte. Rev Cub Reumatol [Internet]. 2015 [citado 8 Ene 2016];17(1):40-7. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-59962015000100007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962015000100007&lng=es)
- 8- Monteserín Matesanz M, García Chías B, Jiménez Vidal N, et al. Síndrome de Sjögren. Revisión e implicaciones en el ámbito de la salud oral. Cient Dent [Internet]. 2014 [citado 10 Ene 2016];11(1). Disponible en: [http://www.coem.org.es/sites/default/files/publicaciones/CIENTIFICA\\_DENTAL/vol11num1/sjogren.pdf](http://www.coem.org.es/sites/default/files/publicaciones/CIENTIFICA_DENTAL/vol11num1/sjogren.pdf)

- 9- Chapa G, Garza B, Garza EM, Martínez G. Hiposalivación y xerostomía; diagnóstico, modalidades de tratamiento en la actualidad: Aplicación de neuroelectroestimulación. Rev Mex Periodontol [Internet]. 2012 [citado 10 Ene 2016]; 3(1): 38-46. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2012/mp121h.pdf>
- 10- Gomes PS, Juodzbaly G, Fernandez MH, Guobis Z. Advances in the Aetiopathogenesis of Sjögren's Syndrome: a Literature Review. J Oral Maxillofac Res. 2012; 3(1). Citado en PubMed; PMID: 24422004.
- 11- Cañas CA, Tobón GJ, Herrera S, Arévalo M. Descripción de una cohorte de 74 pacientes del suroccidente colombiano con síndrome de Sjögren primario. Acta Med Colomb [Internet]. 2006 [citado 10 Ene 2016]; 31(4). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-24482006000400004&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482006000400004&lng=en)
- 12- Martínez Larrarte JP, Reyes Pineda Y. Síndrome de Sjögren. Rev Cubana Med [Internet]. 2010 Jun [citado 21 Ene 2016]; 49(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232010000200006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232010000200006&lng=es)
- 13- Ahmadi E, Fallahi S, MojganAlaeddini M, Tabatabaei MH. Severe dental caries as the first presenting clinical feature in primary Sjögren's syndrome. Caspian J Intern Med. 2013; 4(3): 731-34. Citado en PubMed; PMID: 24009970.
- 14- Sánchez Mayola R, Herrera Santos G, Fernández Pérez V. Síndrome de Sjögren. Presentación de dos casos. MediCiego [Internet]. 2008 [citado 22 Ene 2016]; 14(Supl 1). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14\\_02\\_08/casos/c1\\_v14\\_0208.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14_02_08/casos/c1_v14_0208.htm)
- 15- De la Paz Suárez T, García Alguacil CM, Núñez Rodríguez L. Boca seca: causas, diagnóstico y tratamiento. Rev Electrón Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2014 [citado 22 Ene 2016]; 39(10). Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/153>
- 16- López-Pintor RM, Fernández Castro M, Hernández G. Afectación oral en el paciente con síndrome de Sjögren primario. Manejo multidisciplinario entre odontólogos y reumatólogos. Reumatol Clin [Internet]. 2015 [citado 22 Ene 2016]; 11(6). Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/afectacion-oral-el-paciente-con/articulo/S1699258X15000571/>
- 17- Ángel N, Echeverry N, Restrepo P, González L, Rodríguez L, Vásquez G. Manifestaciones bucales en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico. Rev Colombiana Reumatol [Internet]. 2010 [citado 12 Ene 2016]; 17(1). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-81232010000100002&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-81232010000100002&lng=en)
- 18- Úcar Angulo E, Rivera García N. Comorbilidad en lupus eritematoso sistémico. Reumatol Clin [Internet]. 2008 [citado 21 Dic 2015]; 4(1). Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/comorbilidad-lupus-eritematoso-sistémico/articulo/S1699258X08761345/>
- 19- Ruiz A, Infantes R, Jiménez A, Luján PP. Síndrome de Sjögren y halitosis: descripción de un caso clínico. Reumatol Clin [Internet]. 2015 [citado 29 Dic 2015]; 30(20). Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/sindrome-sjogren-halitosis-descripcion-un/avance/S1699258X15001916/>

20- Foglio Bonda PL, Rocchetti V, Migliario M, Giannoni M. La halitosis: revisión de la literatura. Primera parte. Av Odontoestomatol [Internet]. 2007 [citado 19 Dic 2015]; 23(6). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v23n6/original3.pdf>

Recibido: 5 de mayo de 2016.

Aceptado: 16 de septiembre de 2016.

*Deyanira Cabrera Escobar*. Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez. Carlos III esq. a G. Plaza de la Revolución. La Habana, Cuba. Correo electrónico: [luisgv@infomed.sld.cu](mailto:luisgv@infomed.sld.cu)

#### **CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO**

Cabrera Escobar D, Ferrer Hurtado O, González Valdés L, Cañadilla González L, Tellería Castellanos AM. Manifestaciones bucales del síndrome de Sjögren. Presentación de un caso. Rev Méd Electrón [Internet]. 2016 Nov-Dic [citado: fecha de acceso]; 38(6). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1913/3217>