

# Manejo de la patología glandular en el síndrome de Sjögren



DRA. MARTA LLANES GÓMEZ  
SECCIÓN REUMATOLOGÍA HOSPITAL  
UNIVERSITARIO JUAN RAMÓN  
JIMÉNEZ  
HUELVA

# Sd de Sjögren. Definición

- ▶ Exocrinopatía crónica autoinmune, de progresión lenta y etiología desconocida.
- ▶ Se caracteriza principalmente
  - ▶ por la sequedad de mucosas (especialmente xeroftalmía y xerostomía),
  - ▶ infiltración linfoplasmocitaria en la biopsia de glándula salival y
  - ▶ presencia de anticuerpos como anti-Ro, anti-La.
- ▶ Como enfermedad sistémica, puede provocar manifestaciones extraglandulares, a nivel de órganos internos

## ▶ MANIFESTACIONES GLANDULARES

- ▶ **1. Xeroftalmia**
  - ▶ Prueba de Schirmer
  - ▶ BUT
  - ▶ Tinción con fluoresceína
- ▶ **2. Xerostomía**
  - ▶ Flujo salival basal
  - ▶ Flujo salival estimulado
- ▶ **3. Glándulas salivares**
  - ▶ Gammagrafía salival
  - ▶ Ecografía parotídea
  - ▶ Otros: sialografía, elastografía

## ▶ MANIFESTACIONES EXTRA-GLANDULARES

- ▶ **Articular**
- ▶ **Cutáneo**
- ▶ **Muscular**
- ▶ **Pulmonar**
- ▶ **Renal**
- ▶ **SN Periférico**
- ▶ **SN Central**

# ¿Cómo lo sospechamos?:

- ▶ Sdme seco: ocular, bucal, otros
- ▶ Complicaciones sdme seco: candidiasis, caries agresiva
- ▶ Estudio de parotidomegalia
- ▶ Analítica: anticuerpos ,(anti-Ro, anti-La), VSG muy elevada con PCR normal
- ▶ Bloqueo cardiaco congénito fetal
- ▶ Manifestaciones sistémicas características

# XEROFTALMIA

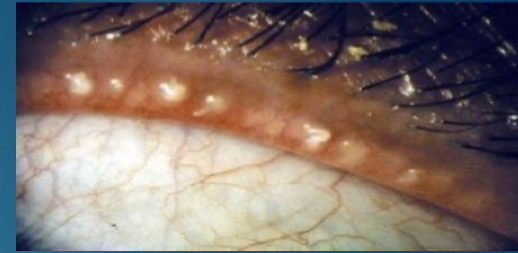
- ▶ Es una enfermedad multifactorial de la superficie ocular
- ▶ Caracterizada por una pérdida de la homeostasis de la película lagrimal
- ▶ Acompañada de síntomas oculares, en los que
  - la inestabilidad e hiperosmolaridad de la película lagrimal,
  - inflamación
  - daño de la superficie ocular y
  - anomalías neurosensoriales
- ▶ Prevalencia en España: 11% (población > 40 años) **SS: 90%**
- ▶ Predomina en mujeres
- ▶ Aumenta con la edad
- ▶ 40% visitas al Oftalmólogo relacionado con ojo seco

# XEROFTALMIA :Factores causas

- ▶ Edad
- ▶ Disfunción glándulas de Meibomio (58%)
- ▶ Cambios hormonales
- ▶ Lentes de contacto, Ordenador
- ▶ Fármacos: antidepresivos, antihistamínicos, etc
- ▶ Sdme de Sjögren

# Mecanismos de sequedad

- ▶ Hiposecreción lagrimal: Sd Sjögren
- ▶ Aumento de evaporación : enfermedad de las glándulas de Meibomio



- ▶ Síntomas
- ▶ Tipo rotura lágrima
- ▶ Tinción
- ▶ Schirmer

### HIPOSECRECIÓN

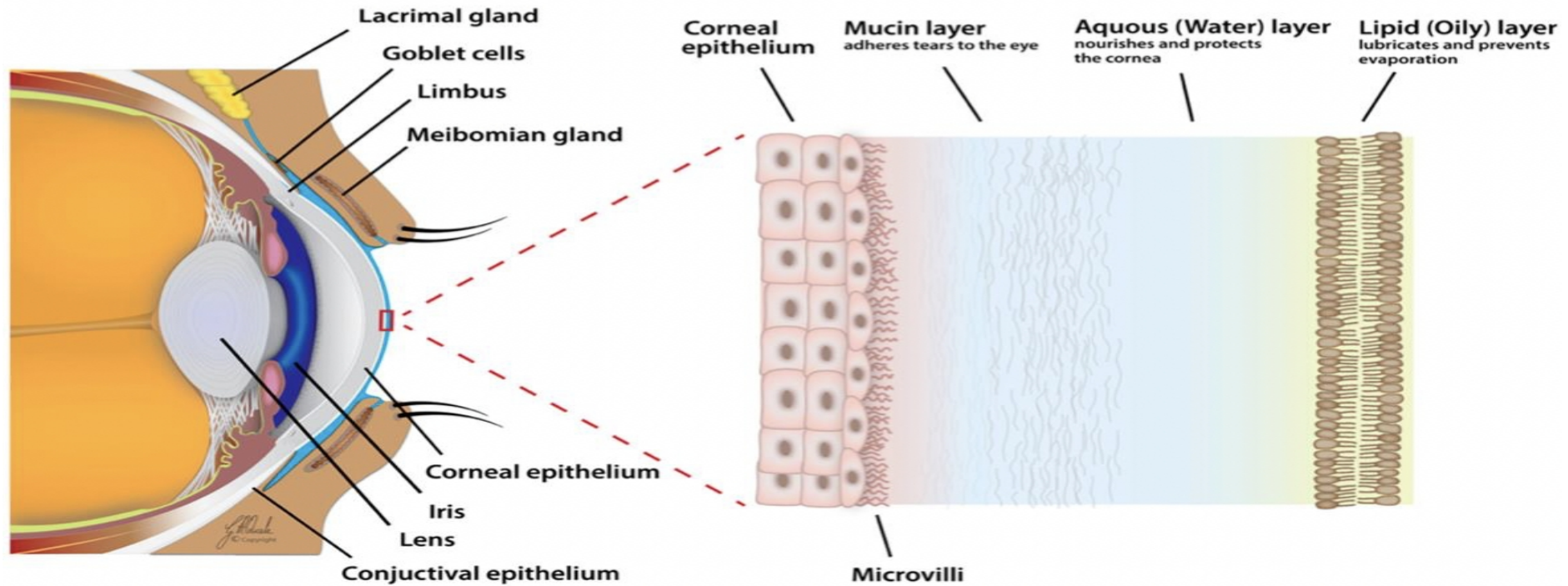
peor por la tarde  
normal o acortado  
interparpebral  
acortado

### EVAPORATIVO

peor por la mañana  
muy acortado  
nada o zona inferior  
indiferente

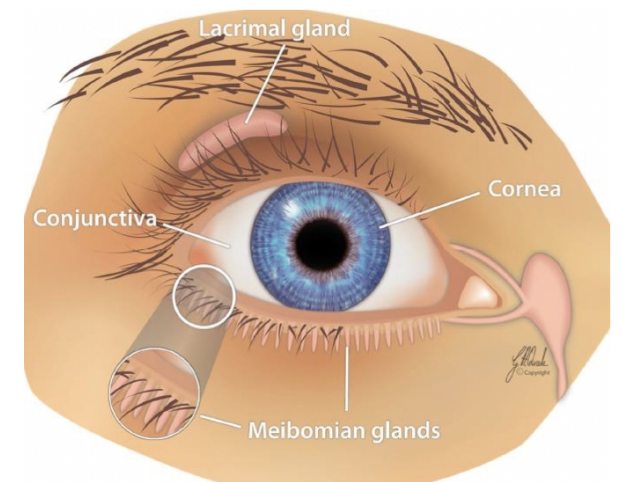


# Película lagrimal capas

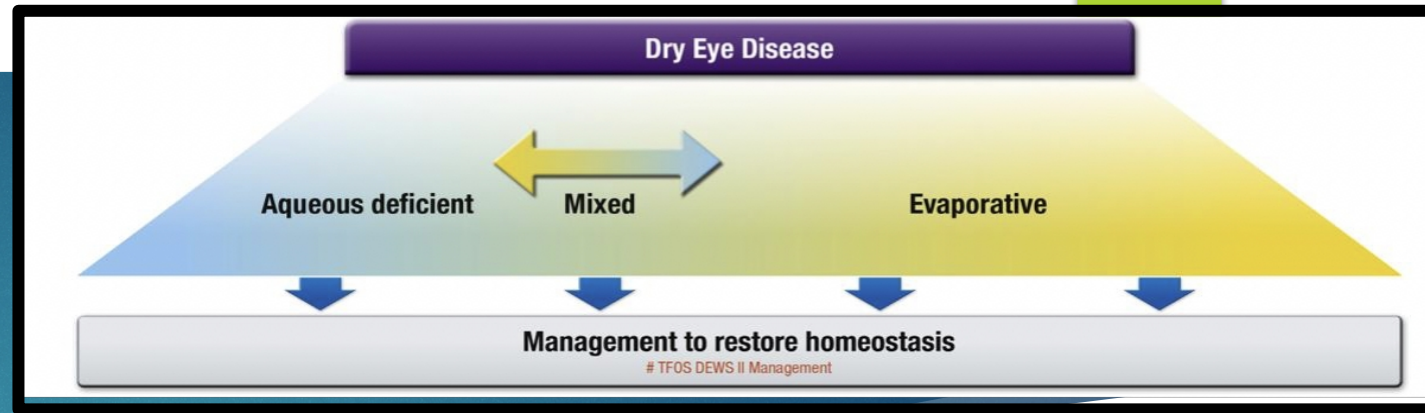


# Función de la película lagrimal

- ▶ **Refractiva:** la ausencia de película lagrimal provocaría visión borrosa
- ▶ **Lubricante:** facilita la extensión de la lágrima gracias al barrido del parpadeo
- ▶ **Humectante:** mantiene un ambiente húmedo
- ▶ **Limpieza:** eliminación de detritus epiteliales o cuerpos extraños
- ▶ **Antimicrobiana**
- ▶ **Inmunológica**
- ▶ **Metabólica**

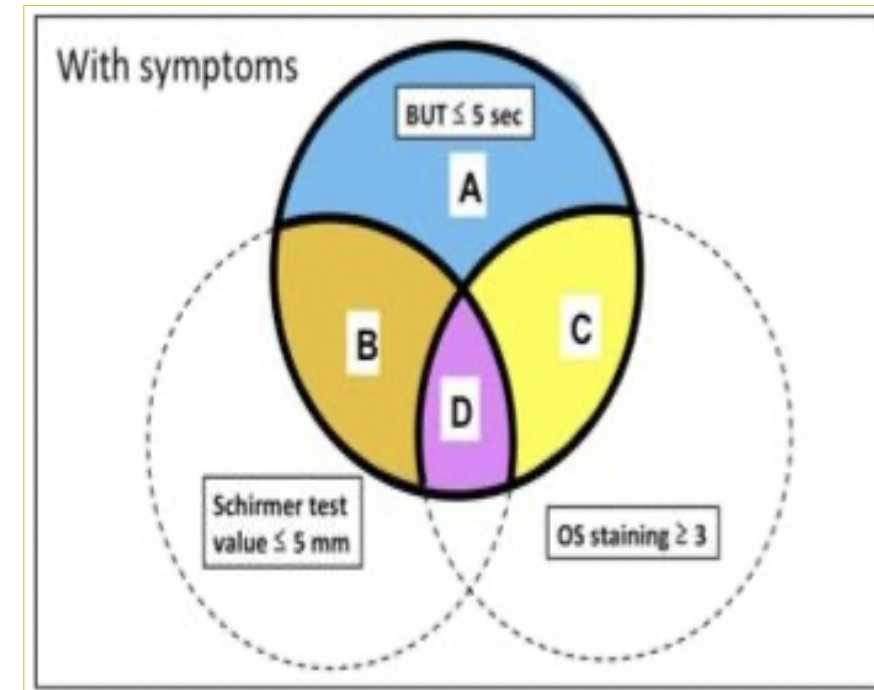


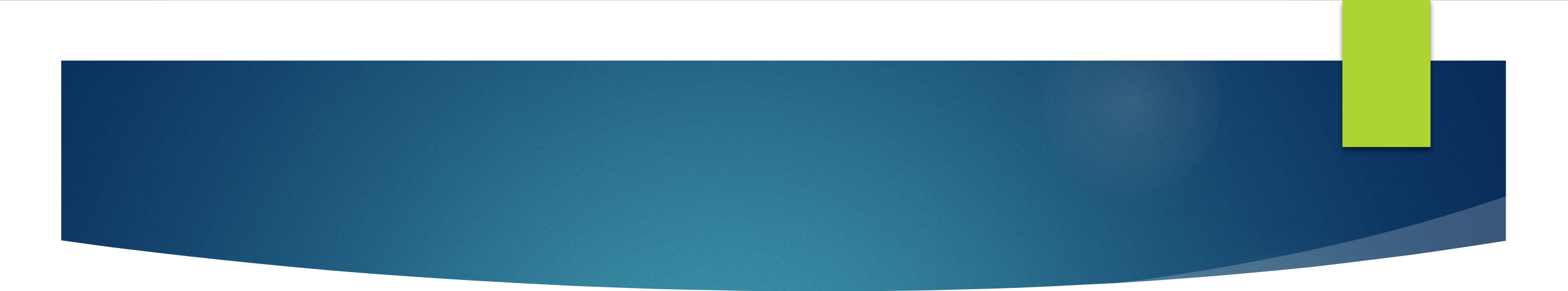
# Síntomas de ojo seco



- ▶ Malestar ocular
- ▶ Sequedad
- ▶ Enrojecimiento
- ▶ Sensación de c.extraño
- ▶ Pesadez /Dolor
- ▶ Sensibilidad a la luz
- ▶ Lagrimeo/Picazón
- ▶ Fatiga ocular
- ▶ Queratopatía neurotrófica
- ▶ Neuralgia ocular

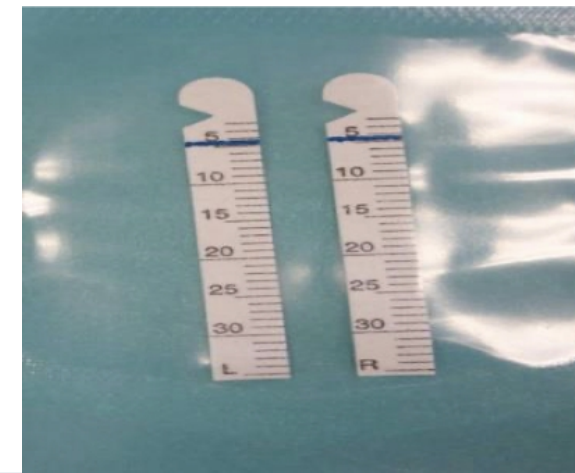
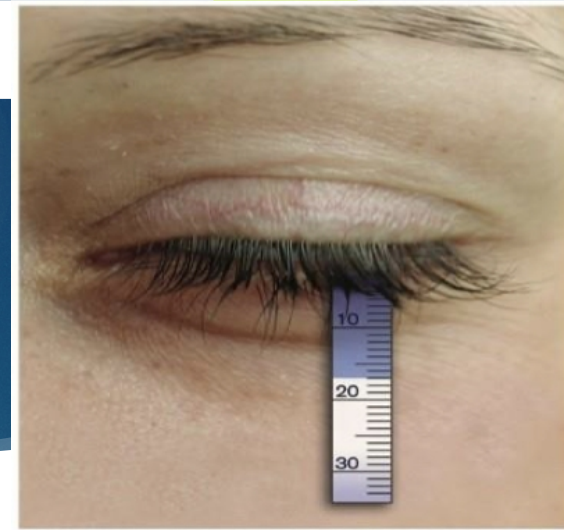
- A. Ojo seco evaporativo. TBUT corto (Tiempo de Ruptura de la lágrima)
- B. Ojo seco por deficiencia acuosa (Test de Schirmer patológico) + evaporativo
- C. Ojo seco evaporativo + daño superficie corneal/conjuntival (tinciones oculares patológicas (OSS alterado))
- D. Ojo seco por deficiencia acuosa + daño de la superficie corneal/conjuntival



- 
- ▶ 95% de los pacientes con síndrome de Sjögren refieren síntomas de sequedad ocular
  - ▶ Curso crónico
  - ▶ Impacto significativo en la calidad de vida del paciente:
  - ▶ Dolor, dificultad en realizar actividades cotidianas, depresión
  - ▶ Elevados costes:
    - ▶ Indirectos: disminución de la productividad laboral
    - ▶ Directos: coste elevado de los tratamientos
  - ▶ Ningún estudio ha demostrado que ninguna actuación terapéutica revierta la disfunción glandular

# PRUEBA DE SCHIRMER

- ▶ Normal >5mm en 5 minutos
- ▶ Sin anestesia
- ▶ Fácil y reproducible
- ▶ Realizar en Consulta Enfermería
- ▶ Diferencia causa de ojo seco: hiposecreción de evaporativo



# PRUEBA DE ESTUDIO DE SUPERFICIE OCULAR

- ▶ Rosa Bengala (Conjuntiva)
- ▶ Fluoresceína (Córnea)
- ▶ Verde Lisamina (Conjuntiva)
  
- ▶ Tiempo rotura lágrima:
- ▶ Tiempo sin parpadeo a rotura lágrima
- ▶ Normal: > 10 segs

# Guías y recomendaciones manejo ojo seco

- ▶ Manejo individualizado en función:
  - Naturaleza del proceso (multifactorial)
  - Gravedad
- ▶ Enfoque gradual:
  - ▶ 1. Educación
  - ▶ 2. Modificación de los factores de riesgo
  - ▶ 3. Párpados
  - ▶ 4. Lubricantes oculares
  - ▶ 5. Fármacos tópicos

### Expectativas *Negativas*

- ▶ No podemos curar el síndrome seco
- ▶ No podemos hacer desaparecer completamente la sequedad
- ▶ Transmitir la naturaleza compleja y crónica
- ▶ El potencial de progresión

### Expectativas *Positivas*:

- ▶ Opciones terapéuticas múltiples
- ▶ Elección EN FUNCIÓN del nivel de gravedad
- ▶ Necesidad de un tratamiento continuo y diario
- ▶ Los resultados pueden no ser inmediatos
- ▶ Los cambios en el estilo de vida también son importantes



# Enfoque gradual

- ▶ Educación del paciente:
- ▶ Expectativas: *hablar con el paciente*
- ▶ *Historia clínica completa y detallada:*
- ▶ Ayudará al paciente/ Identificar *factores de riesgo personales*
- ▶ Ayudará al médico a Identificar *necesidades individualizadas*
- ▶ Creación de un plan de **tratamiento personalizado**:
- ▶ Aumenta la probabilidad de cumplimiento farmacológico

Éxito del tratamiento



## 2. Factores de riesgo no modificables

- ▶ **mujeres** > hombres:
- ▶ El sexo femenino es un factor de riesgo de ojo seco (**esteroides sexuales**)  
regulación de la superficie ocular
- ▶ las respuestas inmunitarias,
- ▶ el dolor

# 3. Factores de riesgo modificables

- ▶ **Conservantes de ttos tópicos**
  - ▶ pueden asociarse con reacciones alérgicas, tóxicas o inflamatorias
  - ▶ BAK\* irritan la superficie ocular (ardor, sequedad, cuerpo extraño)
- ▶ **Tratamientos sistémicos antidepresivos / BZP /antihistamínicos**
- ▶ **Dispositivos digitales**
  - ▶ Disminución de la velocidad de parpadeo
- ▶ **PREVENCIÓN de la desecación**
  - ▶ con el uso frecuente de lubricantes oculares sin conservantes
  - ▶ Descansos frecuentes y entrenamiento de conciencia parpadeante
  - ▶ Ergonómico: bajar la pantalla permite que el usuario del dispositivo mire hacia abajo, exponiendo así menos superficie ocular al aire ambiente, reduciendo la pérdida de película lagrimal
  - ▶ Otros: lentes antifatiga, lentes de protección antideslumbrante,

# 3. Factores de riesgo modificables

- ▶ **Contaminación y desecación ambiental**

- ▶ aumento de la inestabilidad lagrimal y evaporación

Promueve síntomas de ojo seco en individuos sanos

Empeora los síntomas y signos en los pacientes con ojo seco

- ▶ Prevención:

- ▶ Evitar la Exposición

- ▶ Redireccionar salidas de aire, evitar uso del secador de pelo, humidificador de escritorio, gafas de sol envolvente

# 3. Factores de riesgo modificables

## ► Cosméticos



- Los retinoides ->efectos nocivos en las *glándulas de Meibomio*
- Eliminación del maquillaje de los ojos para evitar la obstrucción de las *glándulas*
- Evitar sueros potenciadores de pestañas que contienen prostaglandinas sintéticas

## ► Lentillas:

Material de la lente, diseño, ajuste, reemplazo, cuidado

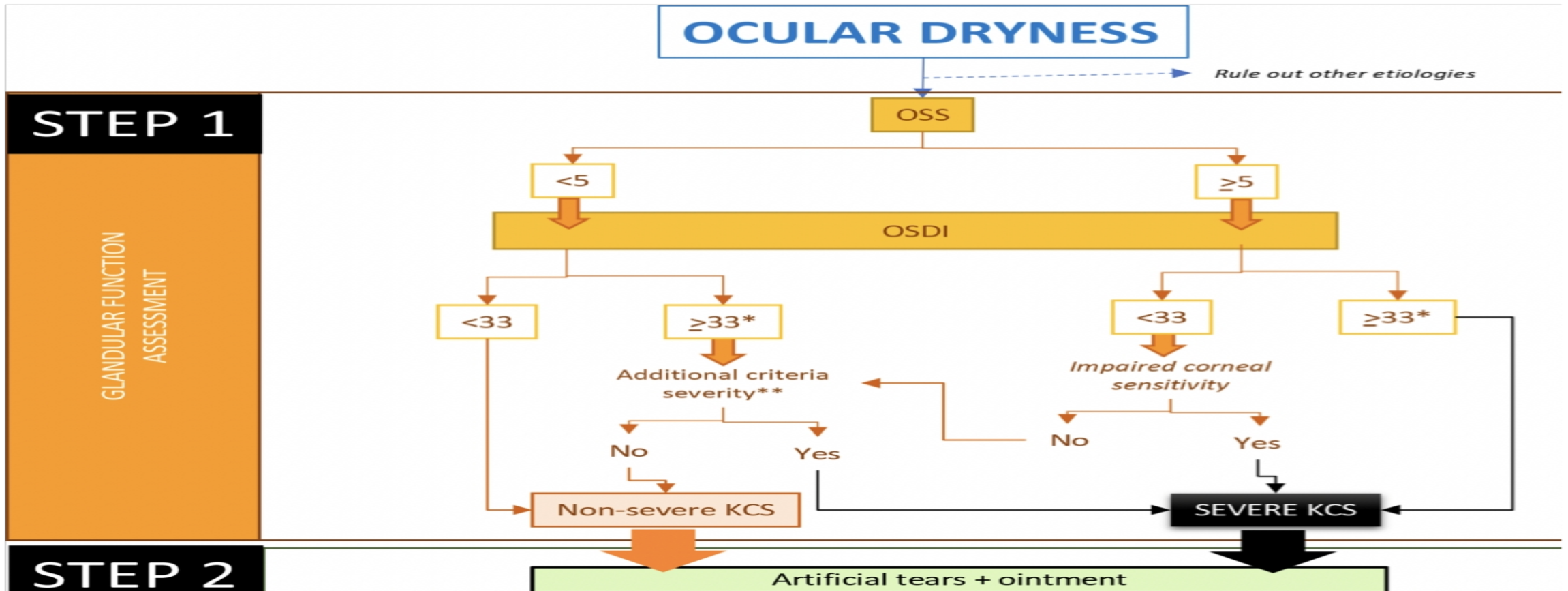
- Lentes de contacto desechables diarias/ con agentes humectantes
- Agentes humectantes tópicos
- Reducir el tiempo de uso

# 3. Factores de riesgo modificables

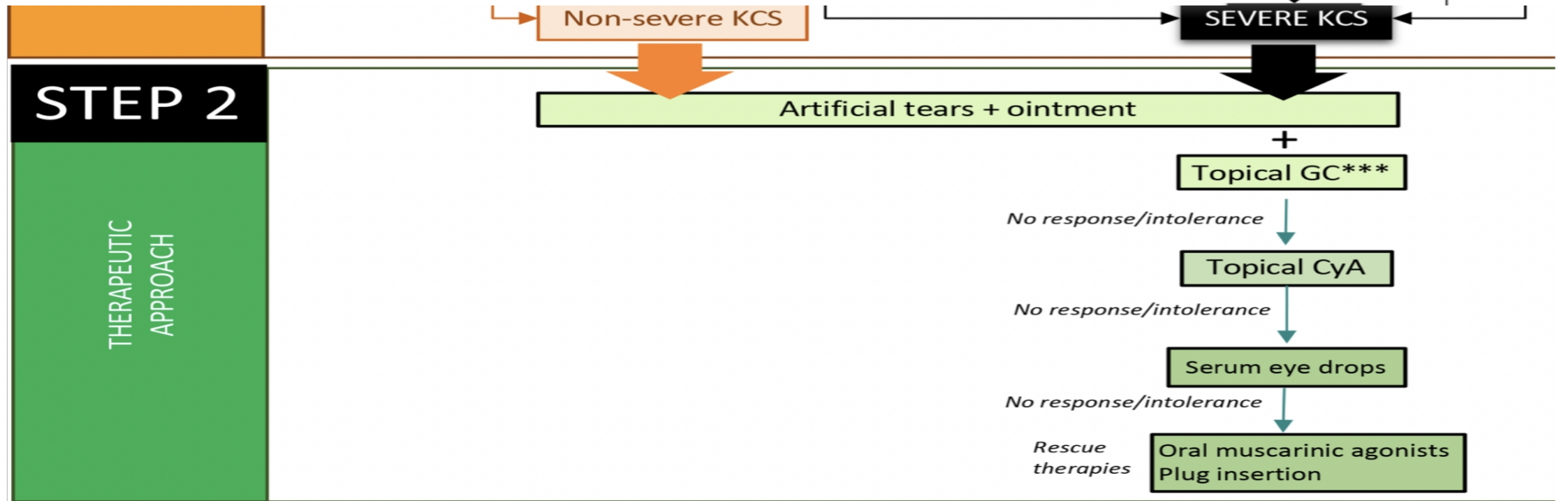
- ▶ **Limpieza de los párpados**
- ▶ **Las glándulas de Meibomio** → Capa lipídica de la película lagrimal  
Evita la evaporación de la lágrima

Limpieza diaria mecánica con toallitas oftálmicas estériles/loción/gel/espuma: limpieza suave del margen y del borde de los párpados  
Compresas calientes. Masaje de los párpados

- ▶ Algoritmo de evaluación de la función glandular y abordaje terapéutico:
- ▶ 1ºPaso: Evaluación Glandular



# Recomendaciones EULAR Tto de la Sequedad Ocular





# Lubricantes o Lágrimas artificiales

- ▶ Son 1º línea de tratamiento: Objetivo: **Estabilizar** la Película Lagrimal  
**Restaurar y Proteger** la Superficie
- ▶ mejora el bienestar ocular y la calidad de vida
- ▶ Reducir la fricción entre párpados y superficie ocular
- ▶ No hay evidencia de que algún producto sea mejor o superior a otro
- ▶ Sin receta médica

Los preparados oftálmicos han de ser estériles.

Presentaciones:

- Envase multidosis convencional (con conservantes: cloruro de benzalconio)
- Envase unidosis/monodosis (un solo uso; duran 24h)

# Lubricantes o lágrimas artificiales

- ▶ **Composición:** Base acuosa (componente más abundante)

Agente Viscosante: lubrica y prolonga el tiempo de retención

Alcohol polivinílico  
Polivinilpirrolidona(Povidona)  
**Carmelosa**  
Ohpropilmetilcelulos  
HP-guar-gel  
Dextrano  
**Ácido hialurónico**  
Carbómero 940  
Polietilenglicol  
Lípidos

mejora la viscosidad y la lubricación

- \*Gran capacidad para retener agua
- \*Mejora la barrera epitelial córnea
- \*Protege del daño celular
- \*Disminuye la osmolaridad lagrimal
- \*Disminuye la inflamación de la superficie ocular

# Corticoide oftálmico

- ▶ corto plazo (máximo 2–4 semanas)
- ▶ 1-2 gotas cada 6-8h, reducción progresiva en función de mejoría
- ▶ Respuesta rápida en **fase inflamatoria AGUDA: con o sin QUERATITIS**
- ▶ Con receta
- ▶ Eventos adversos con el uso continuo: infecciones, aumento de la PIO y empeoramiento/desarrollo de cataratas

## Potencia intermedia:

### **-Fluorometolona Oft:**

\*FML® (0,1%) (fras 5 ml)

\*FML® Forte (0,25%) (fras 5ml)

\*Isopto® Flucon (0,1%) (fras 5 ml)

### **-Hidrocortisona Oft:**

\*Softacort® (0,335%) unidosis 0,4ml

\*Idroflog® (+ ac. hialurónico; 10 ug/ml)

Preferibles: de potencia intermedia, por su menor penetrancia intraocular y menor efectos adversos.

## Potencia elevada:

### **-Dexametasona Oft:**

\*Colircusi® Dexametasona (0,1%)

\*Dexafree® (0,1%) monodosis 0,4ml

\*Maxidex® (0,1%) (fras 5ml)

### **-Prednisolona Oft:**

\*Pred Forte® (1%) (fras 5 ml)

# Ciclosporina oftálmica

- ▶ Evitar *cursos repetidos de corticoide oftálmico*
- ▶ Inmunomodulador de linfocitos: inhibe la producción de citocinas
- ▶ Comercializado en España en 2018: **IKERVIS®** 1mg/ml (0,1%)
- ▶ Emulsión, 30 envases unidos de 0,3 ml, necesita receta, financiado por SNS
- ▶ Una gota al día (por la noche :emulsión, causa visión borrosa)
- ▶ Inicio de la mejoría: 4 semanas.
- ▶ Debe continuarse durante un período prolongado de tiempo: 6 meses o más
- ▶ Información al paciente:
  - Causa visión borrosa transitoria (emulsión)
  - No debe administrarse con una lente de contacto
  - Efectos secundarios al inicio: **ardor, escozor e hiperemia conjuntival**
  - Para mejorar los efectos adversos del inicio: uso concomitante de **corticoide tópico** a corto plazo

# Sueros biológicos oftálmicos

- ▶ en pacientes que no responden o son intolerantes a ciclosporina oftálmica.
- ▶ En pacientes con daño moderado o grave de la superficie ocular → primera línea
- ▶ En combinan con ciclosporina oftálmica en pacientes graves
- ▶ **Autólogos:** obtenidos por centrifugación de la sangre del paciente
- ▶ Función: liberación de factores de crecimiento y regeneración tisular local
- ▶ **Biocompatibles y biodegradables**
- ▶ No producen reacciones locales de cuerpo extraño, necrosis tisular o fibrosis
- ▶ **Desventajas:** deben mantenerse **congelados** hasta su apertura (**3 meses**)
- ▶ Una vez abierto, conservarse en **nevera** y desechar a los **7 días**

## Criterios de Clasificación SS: 2002 (EU-USA)



### Síntomas oculares

- Sequedad diaria > 3 meses
- Sensación arenilla
- Uso de lágrimas artificiales

### 2. Síntomas orales

- Sequedad diaria > 3 meses
- Parotidomegalia
- Precisa beber para tomar alimentos secos

### Síntomas oculares

- Schirmer  $\leq$  5 mm/5 min
- Prueba de Bengala  $\geq$  4 Van Bijsterveld

### 4. Función salival alterada

- Flujo salival no estimulado  $\leq$  1.5 ml/15 min
- Sialografía parotídea con sialectasias
- Gammagrafía salival: captación, concentración, o secreción retrasada

### Anticuerpos

Anti-Ro y/o anti-La\*: positivos

Incluye: ANA, FR

### 6. Biopsia salival

$\geq$  1 focus (50 linfocitos/4 mm<sup>2</sup> tejido glandular)

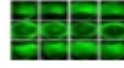
**Diagnóstico:** 4 de 6 criterios

**Exclusión:** VHC, VIH, Linfoma, Sarcoidosis, Radioterapia cuello, fármacos anticolinérgicos

NO Manifestaciones Sistémicas

## Criterios de Clasificación SS: 2016 (EULAR-ACR)

Criterios	Puntuación
Biopsia (+): $\geq 1$ focus/4 mm <sup>2</sup>	3
Anti-Ro (+)	3
Índice tinción ocular (OSS) $\geq 5, 0$ Índice van Bijsterveld $\geq 4$ , (al menos en un ojo)	1
Prueba Schirmer $\leq 5$ mm, al menos en un ojo*	1
Flujo salival no estimulado $\leq 0.1$ ml/15 min*	1
<b>Total máximo:</b>	<b>9</b>



- Sensibilidad: 96%
- Especificidad: 95%

\*No incluye: ANA, FR, anti-La

Índice Sjögren primario: puntuación  $\geq 4$  y ningún criterio de exclusión

Criterios de exclusión: Radiación cabeza-cuello, Hepatitis C, Sarcoidosis, Amiloidosis, Enfermedad Injerto-huésped, E

Fármacos "xerogénicos" (anticolinérgicos, etc): retirar antes (responden a pilocarpina)

# XEROSTOMIA CINICA

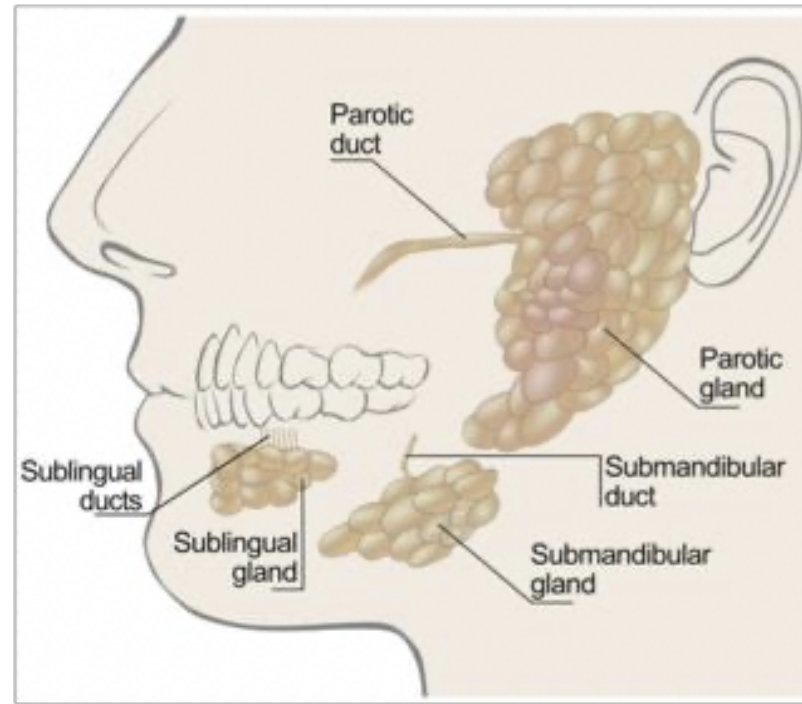
- ▶ Es un síntoma, no una enfermedad
- ▶ Sensación consciente de falta de saliva o de humedad bucal
- ▶ Volumen diario de saliva secretada normal: 1.5 litros/24 horas
- ▶ No se manifiesta hasta pérdida del 50% del volumen total de saliva
- ▶ Prevalencia en población general del 30%
- ▶ Predomina en mujeres y aumenta con la edad (atrofia glandular)
- ▶ En SS puede ser síntoma de presentación (90%)



# Boca seca

## FUNCIONES DE LA SALIVA

- Lubricación
- Antimicrobiana
- Integridad de la mucosa
- Limpieza
- Capacidad tampón
- Remineralización
- Prepara la deglución
- Digestión
- Sabor
- Fonación



- Saliva viscosa, pegajosa, espumosa.
- Dificultad de hablar y tragar
- Sequedad de labios, lengua y mucosas
- Halitosis (mal aliento)
- Lesiones traumáticas orales
- Fisuras
- Lengua depapilada
- Queilitis angular
- Mucosa eritematosa
- Candidiasis oral recidivante
- Aumento de caries dental
- Erosiones dentarias, mayor sensibilidad
- Acumulación de placa
- Gingivitis
- Alteración de la dieta
- Sensación de quemazón oral
- Reflujo ácido acentuado

# XEROSTOMIA

- ▶ Edad (atrofia glandular)
- ▶ Fármacos: antidepresivos, antihistamínicos, anticolinérgicos, etc
- ▶ Radioterapia cervical
- ▶ Síndrome de Sjögren
- ▶ Miscelánea: VHC, VIH, sarcoidosis, amiloidosis, enf. IgG4, diabetes

Sequedad diaria > 3 meses  
Parotidomegalia  
Precisa beber para tomar  
alimentos secos

# Farmacos

- ▶ Antihistamínicos
- ▶ Antiparkinsonianos
- ▶ Anorexígenos
- ▶ Clonidina
  
- ▶ Ansiolíticos
- ▶ Didanosina(DDI)

Antidepresivos

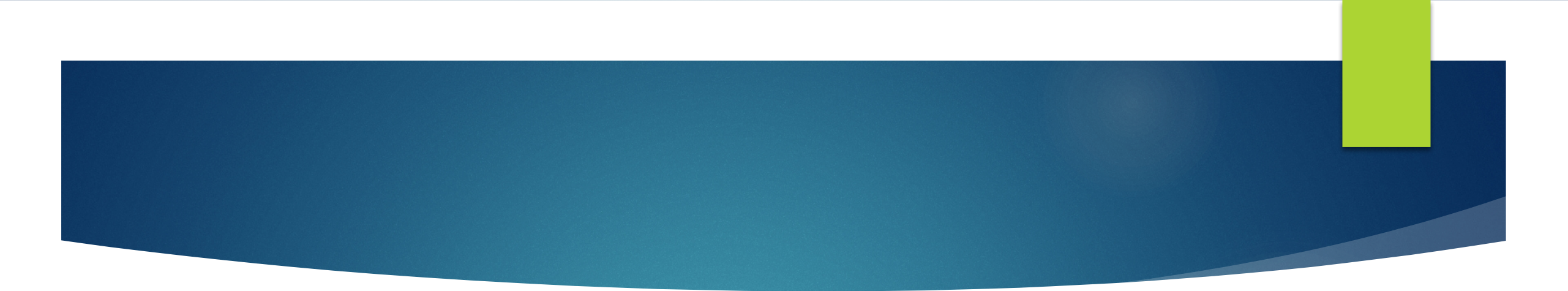
Antisicóticos

Diuréticos

Beta-bloqueantes

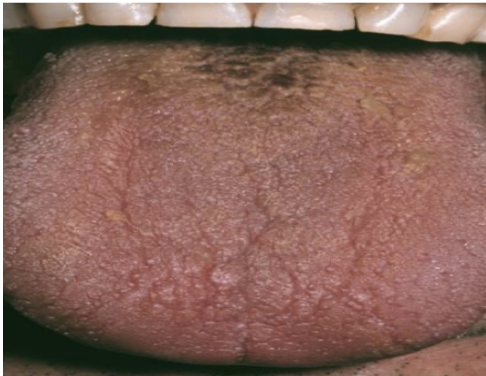
Relajantes musculares

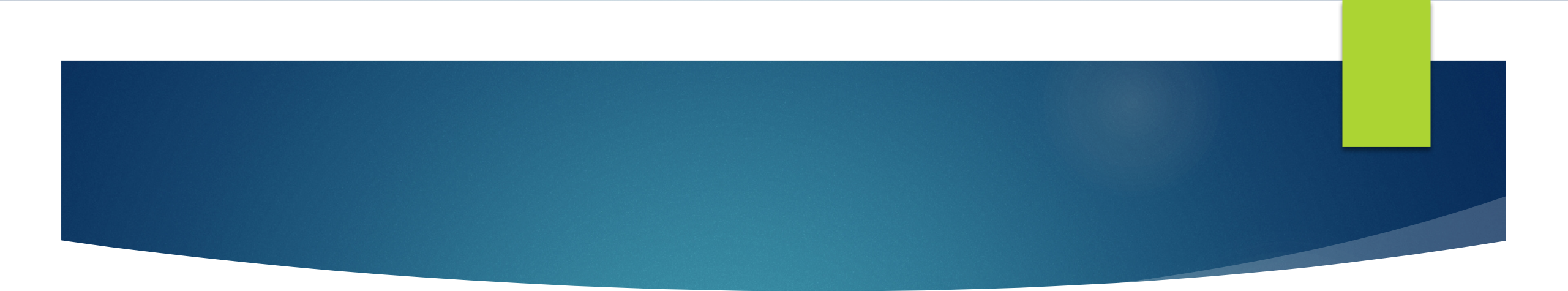
Descongestivos

- 
- ▶ Boca seca en síndrome de Sjögren: 94%, Registro SJÖGRENSER
  - ▶ Alto impacto en calidad de vida: enfermedad periodontal, caries dental, halitosis, candidiasis oral, disgeusia,
  - ▶ problemas en la deglución y la emisión del lenguaje

# Exploración

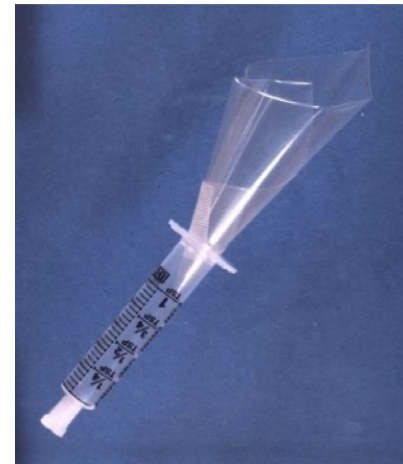
- ▶ Mucosas menos húmedas, con pérdida de su brillo y la lengua puede estar depapilada y con fisuras
- ▶ Disminución o ausencia de saliva en suelo de la boca
- ▶ Aumento de caries
- ▶ Boca ardiente → Candidiasis



- 
- ▶ **Xerostomía** = sensación de boca seca
  - ▶ **Hiposialia** = disminución objetiva de la cantidad de saliva
  - ▶ **Índice ESSPRI** (EULAR Sjögren's Syndrome Patient Reported Index):
  - ▶ cuantifica la sensación de sequedad referida por el paciente con la escala analógica visual (EVA) del ítem de sequedad

# Flujo salival

- ▶ Flujo Salival No Estimulado (FSNE): Se recoge la saliva que afluye a la boca, durante 15 min tras al menos 1 hora sin comer, beber, fumar o cepillado dental
- ▶ Flujo Salival Basal: normal:  $> 1.5 \text{ ml}/15 \text{ min}$  ( $0.1 \text{ ml}/\text{min}$ )
- ▶ Flujo salival estimulado (FSE) se administra 5 mg Pilocarpina y se recoge el volumen de saliva a la 1, 2 y 3 horas después



# Ventajas de flujo salival

- ▶ Fácil, económico, no invasiva y rápida
- ▶ Nos da información sobre la reserva glandular:
- ▶ Señala pacientes con beneficio potencial
- ▶ Dosis tolerada de Pilocarpina
- ▶ Ahorro en Gammagrafía Salival (patrón oro reserva salival)
- ▶ Control respuesta tratamiento: seguimiento
- ▶ Es un ítem en los antiguos y modernos criterios de clasificación de Síndrome de Sjögren
- ▶ Incluido en las recomendaciones EULAR 2019 para el manejo de la boca seca



# Gammagrafía

- ▶ 1º Fase de flujo vascular. Se aprecia flujo bilateral y simétrico a las glándulas salivales.
- ▶ 2º Fase de concentración. Aumento de actividad, gradual y simétrico en las glándulas parotídeas y submandibulares durante los primeros 5-15 minutos.
- ▶ 3. Fase secretora. 15 a 30 minutos tras inyección 99mTc, la actividad glandular disminuye y el 99mTc se secreta con la saliva, apareciendo actividad en la boca. A los 60 minutos, la actividad en boca > glándulas.
- ▶ Tras estímulo con limón, el vaciamiento de la parótida es más rápido que el de la submandibular.

### Gammagrafía normal, grado I.

- ▶ Captación del trazador en primeros 10-15 min
- ▶ Dinámica normal en captación y excreción
- ▶ Aparición en boca a los 20-30 min  
Al final la captación boca > que en glándulas

### Gammagrafía salival con afección leve o grado II:

- ▶ Dinámica normal
- ▶ Adecuada captación glandular con excreción enlentecida
- ▶ Al final de la prueba, la actividad en boca < a glándulas

### Gammagrafía salival grado III (moderada).

- ▶ Marcado enlentecimiento de la concentración y excreción del trazador.
- ▶ No se observa actividad en boca al final de la prueba

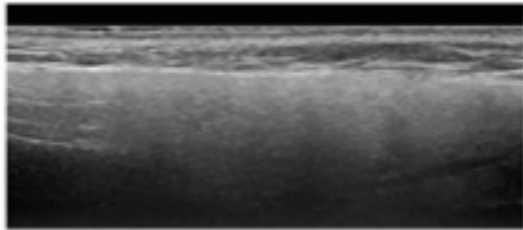
### Gammagrafía con afección grave o grado IV:

- ▶ No se aprecia actividad glandular a lo largo del estudio

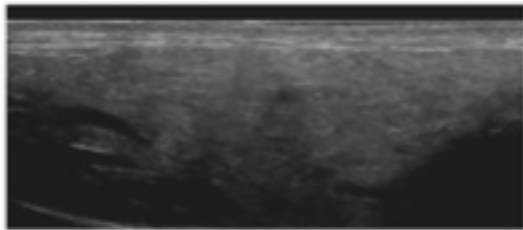
# ¿Cuándo indicamos ?

- ▶ Estudio de pacientes con xerostomía (Criterio clasificación 2002, no 2016)
- ▶ No uso rutinario
- ▶ Pacientes con dudas de correcta realización prueba de Flujo Salival
- ▶ Anomalías del desarrollo glandular
- ▶ Procesos obstructivos glandulares
- ▶ Fístulas y lesiones traumáticas
- ▶ Postcirugía glandular: comprobación de extirpación completa en tumores

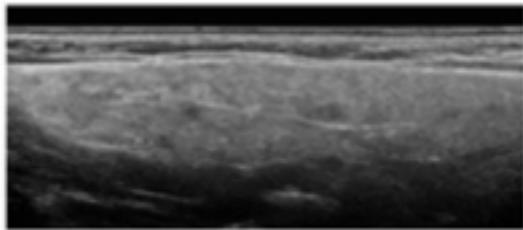
# Ecografía



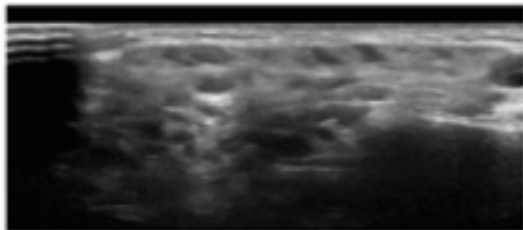
**Grade 0**  
Normal parenchyma



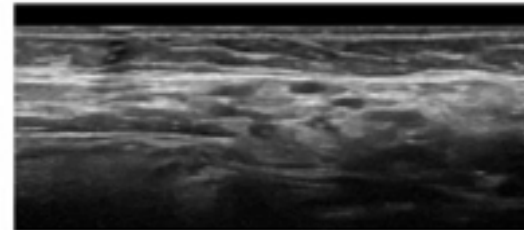
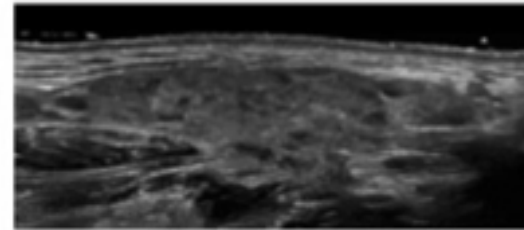
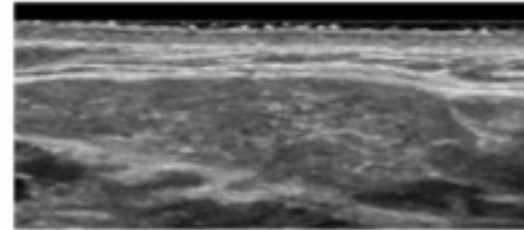
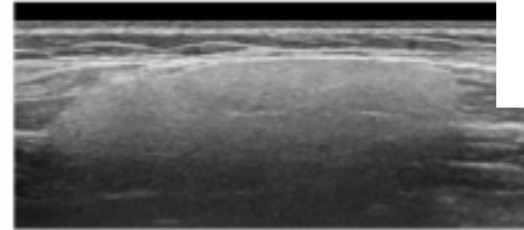
**Grade 1**  
Minimal change:  
mild inhomogeneity  
without anechoic/  
hypoechoic areas



**Grade 2**  
Moderate change:  
moderate inhomogeneity  
with focal anechoic/  
hypoechoic areas



**Grade 3**  
Severe change:  
diffuse inhomogeneity  
with anechoic/  
hypoechoic areas  
occupying the entire  
gland surface



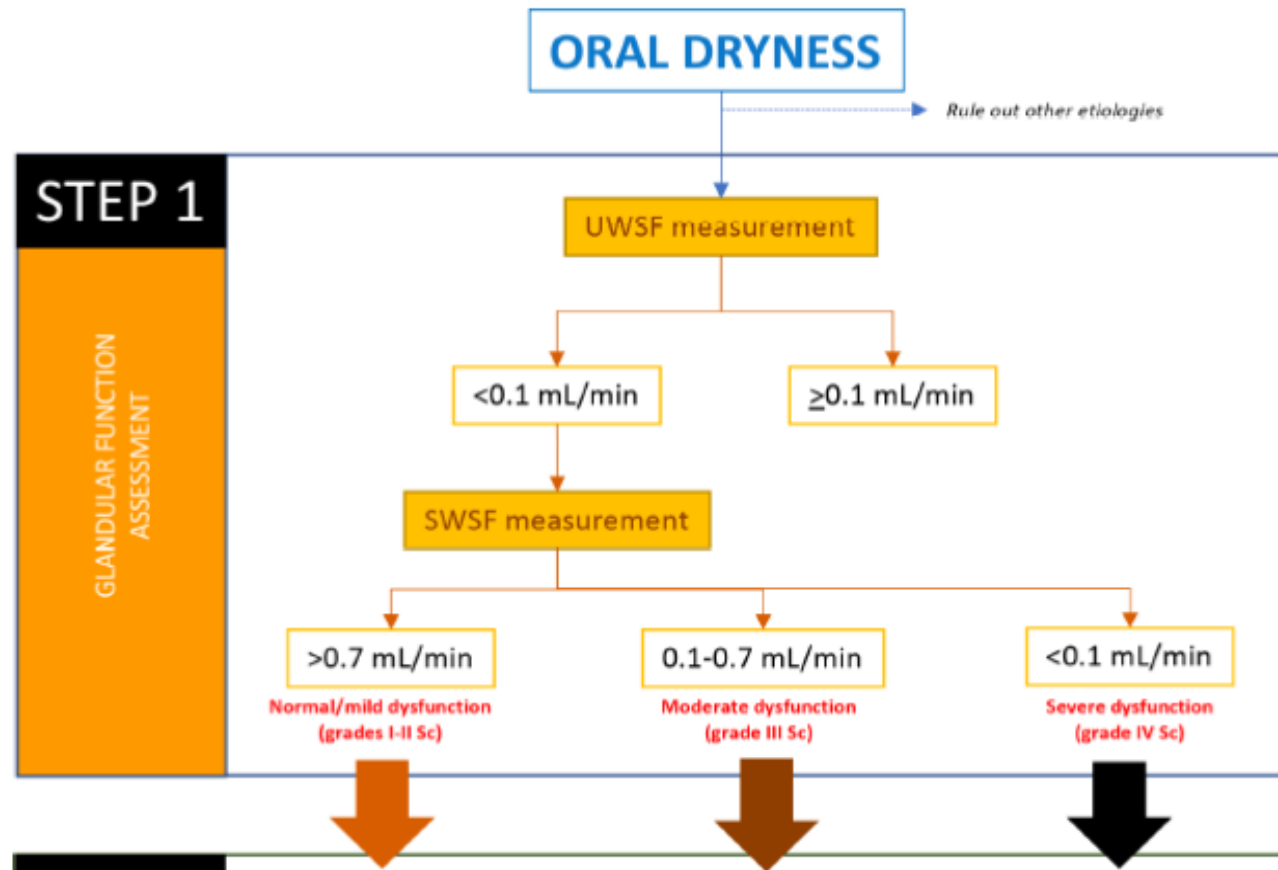
# BIOPSIA

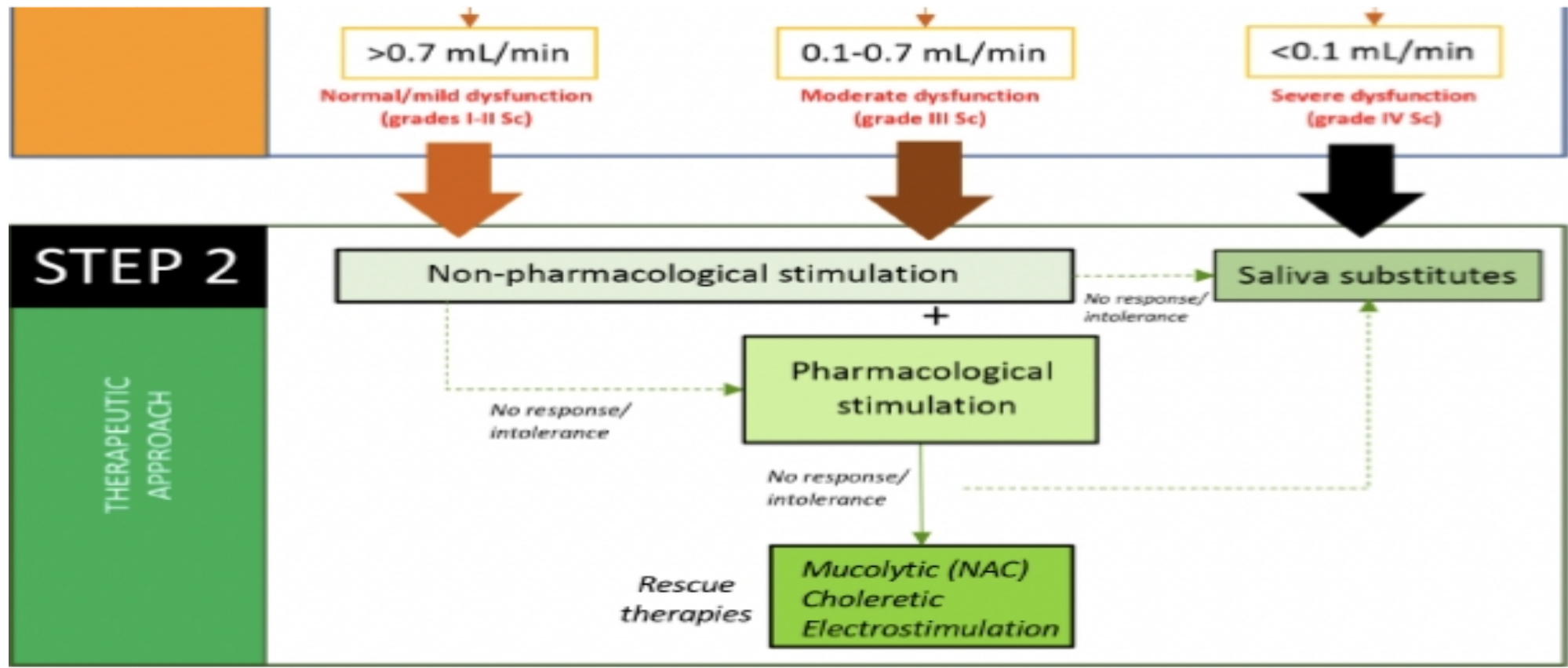
- ▶ No demuestra la xerostomía
- ▶ Se precisa al menos un focus de infiltrado linfocitario
- ▶ Indicación principal: si dudas diagnósticas
- ▶ Gold estándar para el diagnóstico de SS
- ▶ No imprescindible si Anti-Ro y sdme seco
- ▶ Diferencia cambios que aparecen con la edad
- ▶ Diagnostica otras patologías infiltrativas glandulares: linfoma, amiloidosis, sarcoidosis, etc

# Recomendaciones EULAR. Tratamiento de la Sequedad Oral

## EULAR recommendations for the management of Sjögren's syndrome with topical and systemic therapies

Manuel Ramos-Casals <sup>1,2</sup>, Pilar Brito-Zerón, <sup>2,3</sup> Stefano Bombardieri, <sup>4</sup> Hendrika Bootsma, <sup>5</sup> Salvatore De Vita, <sup>6</sup> Thomas Dörner <sup>7</sup>, Benjamin A Fisher <sup>8,9</sup>, Jacques-Eric Gottenberg, <sup>10</sup> Gabriela Hernandez-Molina <sup>11</sup>, Agnes Kocher <sup>12,13</sup>, Belchin Kostov, <sup>14,15</sup> Aike A. Kruize, <sup>16</sup> Thomas Mandl, <sup>17</sup> Wan-Fai Ng, <sup>18,19</sup> Soledad Retamozo, <sup>20,21</sup> Raphaële Seror, <sup>22,23</sup> Yehuda Shoenfeld, <sup>24,25</sup> Antoni Sisó-Almirall <sup>14,26</sup>, Athanasios G. Tzioufas, <sup>27</sup> Claudio Vitali, <sup>28</sup> Simon Bowman, <sup>29</sup> Xavier Mariette, <sup>22,23</sup> On behalf of the EULAR-Sjögren Syndrome Task Force Group







# Guías y recomendaciones manejo de boca seca

- ▶ Manejo **individualizado** en función: •Naturaleza del proceso (multifactorial)  
•Gravedad
- ▶ 1. Educación
- ▶ 2. Modificación factores de riesgo
- ▶ 3. Higiene dental
- ▶ 4. Modificación de la dieta
- ▶ 5. Estimulación no farmacológica
- ▶ 6. Sustitutos salivales
- ▶ 7. Estimulación farmacológica

# Educación higiene dental

- ▶ Revisiones cada 3-6 meses.
- ▶ Limpieza/higiene dental:
  - ▶ Cepillo de dientes **suave**
  - ▶ Cepillarse la **lengua**
  - ▶ Cepillarse inmediatamente después de **todas las comidas**
  - ▶ **Hilo dental**, una vez al día, por la noche
  - ▶ **Productos específicos para boca seca. No financiados por \*SNS**
  - ▶ Colutorio, a baja concentración (clorhexidina 0,05%), 2-4 veces a la semana
  - ▶ **Pasta dentrífica con Flúor**. Evitar dentífricos que contengan lauril sulfato sódico
- ▶ Limpieza correcta de prótesis dental
- ▶ Vigilar caries
- ▶ Ortodoncia/implantes híbridos (cirugía mínimamente invasiva)

# Modificación ambiental y dieta

- ▶ **Hidratación** (agua, leche)
- ▶ Modificar el **ambiente** (humidificador nocturno)
- ▶ Evitar o reducir **fármacos** xerostomizantes:
- ▶ **Alimentación:**
  - ▶ Alimentos sólidos acompañados de líquidos
  - ▶ Evitar alimentos crujientes (patatas fritas, frutos secos)
  - ▶ Evitar alcohol, tabaco, picantes
  - ▶ Potenciar el sabor de los alimentos con especias
  - ▶ Dieta equilibrada, evitar alimentos y bebidas azucaradas
- ▶ Limpieza de fosas **nasales**
- ▶ Proteger e hidratar los **labios**
- ▶ Vigilar la aparición de **cándida**

# Estimulación no farmacológica

- ▶ Primera línea en pacientes con **disfunción glandular leve**
- ▶ Estimulantes gustativos: caramelos sin azúcar y con xylitol
- ▶ Estimulantes mecánicos (chicle sin azúcar)
- ▶ Sustitución de saliva
- ▶ Recomendados en pacientes sin función glandular residual
- ▶ Práctica diaria: pueden usarse en todos los pacientes con sequedad oral, independientemente de la función glandular
- ▶ Contienen: flúor, xylitol, ácido málico, betaína, aloe vera, alantoína Disponibles en forma de spray oral, geles y enjuagues

# Estimulación farmacológica

- ▶ En pacientes con disfunción glandular moderada
- ▶ Agonistas muscarínicos: **Pilocarpina (Salagen®), 5mg**
- ▶ Alcaloide parasimpaticomimético que estimula de las glándulas exócrinas,
- ▶ 1 comprimido 4 veces al día (progresivamente para evitar efectos secundarios)
- ▶ Vía oral, 30-60 minutos antes de cada comida, máximo 30 mg diarios
- ▶ Inicio del efecto a los 30 minutos; duración promedio de 2 a 3 horas

- ▶ Efectos secundarios:

Sudoración profusa, náuseas, vómitos, sialorrea, retortijones abdominales, estreñimiento, aumento de la frecuencia urinaria, miosis, nistagmo, lagrimeo, taquicardia, bradicardia, bloqueo AV, HTA VD  
rubefacción, agitación, convulsiones, temblor, broncoespasmo,

- ▶ Contraindicaciones

Iritis y glaucoma de ángulo estrecho,  
asma bronquial no controlado, EPOC,  
embarazo y lactancia

# Conclusiones

- ▶ Implicación y comunicación con otros especialistas:
  - ▶ •Oftalmología y odontología
- ▶ Dedicar tiempo a hablar con el paciente
- ▶ Opciones terapéuticas variadas:
- ▶ Modificación de factores de riesgo
- ▶ Higiene y alimentación

## OJO SECO:

- Lágrimas artificiales
- Corticoides oft. +/- ciclosporina oft. +/- sueros biológicos

## BOCA SECA:

- Productos específicos para boca seca
- Pilocarpina

