

Rehabilitación Oral Mediante Implantes Dentales en Paciente con Síndrome de Sjögren

Oral Rehabilitation with Dental Implants in Patients with Sjögren's Syndrome

Daniela Medina Aravena^{*,**}

MEDINA, A. D. Rehabilitación oral mediante implantes dentales en paciente con síndrome de Sjögren. *Int. J. Med. Surg. Sci.*, 3(1):779-787, 2016.

RESUMEN: El Síndrome de Sjögren (SS) es una patología autoinmune caracterizada por un proceso crónico inflamatorio de las glándulas exocrinas, cuya manifestación fenotípica es la queratoconjuntivitis seca y la xerostomía, lo que trae consigo el desarrollo de caries, enfermedad periodontal e infecciones bacterianas y fúngicas. Estos pacientes presentan alto riesgo cariogénico, siendo de gran interés y preocupación en la práctica odontológica, donde el tratamiento es principalmente sintomático. El caso a presentar es de una paciente de 65 años de edad diagnosticada con SS hace 8 años; la cual presenta múltiples caries y restos radiculares en dientes mandibulares y maxilares, a la cual se indican exámenes radiográficos y médicos, se realizan exodoncias múltiples en sector inferior y en el mismo acto quirúrgico se instalan cinco implantes, se esperan tres meses para permitir la oseointegración para posteriormente rehabilitar con una prótesis sobre implantes tipo ad-modum en palafito y en el sector superior se rehabilitará con resinas compuestas previo encerado diagnóstico y prueba de Mock-up para llegar al plano oclusal y así recuperar funcionalidad y estética.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de Sjögren; Xerostomía; Salud oral; Caries radiculares; Implantes dentales.

INTRODUCCION

El Síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad inflamatoria crónica, autoinmune, caracterizada por la infiltración de las glándulas exocrinas por linfocitos, principalmente LT-CD4+y células plasmáticas, los cuales están implicados en la destrucción del parénquima glandular (Atkinson & Fox, 1993). Por ello las principales manifestaciones de este trastorno son disfunciones de las glándulas salivales, lagrimales y de otras glándulas exocrinas provocando sequedad generalizada de las mucosas, esta se encuentra, frecuentemente, acompañada por síntomas no específicos como malestar general, fatiga y signos extraglandulares como vasculitis, polineuropatías y artritis, los que pueden presentarse tempranamente (Bootsma *et al.*, 2013). Han sido descritas además la participación de las glándulas exocrinas de piel,

páncreas y vagina y de los sistemas gastrointestinal, respiratorio, músculo-esquelético, renal, hematológico, neurológico y pulmonar (Mignona *et al.*, 2005; Mays *et al.*, 2012) (Tabla I).

Se pueden encontrar dos presentaciones del SS, cuando las manifestaciones clínicas se limitan solo a las glándulas exocrinas, principalmente salivales y lagrimales se denomina SS primario y cuando está asociado a otra enfermedad autoinmune como el lupus eritematoso o artritis reumatoidea se denomina SS secundario (Mathews *et al.*, 2008).

EL SS se describe como una enfermedad cuya manifestación primaria se puede extender entre un 0,05 % a un 1 % de la población y en

* Cirujano Dentista Universidad del Desarrollo, Concepción, Chile

** Especialidad de Rehabilitación Oral, Universidad Autónoma, Temuco, Chile.

Tabla I. Resumen manifestaciones extraglandulares, según Nakamura *et al.* (2006).

Desorden	Manifestaciones clínicas
Cutáneo	Crioglobulinemia, fenómeno de Raynaud, fotosensibilidad, xerosis, liquen plano, amiloidosis, vasculitis, eritema multiforme
Renal	Glomerulonefritis, nefritis intersticial
Neurológica	Lesiones cerebrales blancas, mielopatía, parkinson, neuropatía sensorial, distonía, espasmos
Muscular	Polimialgia, polimielosis
Hematológica	Pancitopenia, aumenta sedimentación de eritrocitos, hipergamaglobulinemia
Articular	Dolor de rodillas, artritis
Tiroides	Hipotiroidismo

su forma secundaria acompaña al 20–40 % de los pacientes con artritis reumatoidea y un 5–25 % de pacientes con lupus eritematoso (Skopouli *et al.*, 2000).

Se ha reportado un alto riesgo a de desarrollar linfoma maligno en pacientes con SS primario en comparación con pacientes sin la enfermedad (Hayashi, 2011). La aparición de linfoma No Hodgkin (NHL) en la glándula parótida es aproximadamente de un 5 %, particularmente en SS primario (Gavaldá-Esteve, 2006). Debido a estos motivos es importante indagar si existe o no otra enfermedad asociada en estos pacientes.

El SS afecta generalmente a mujeres, especialmente caucásicas (Patel & Shahane, 2014), de mediana edad (35–40 años), hay mayor prevalencia en mujeres que en hombres en una proporción de 9:1, sin embargo, se han visto casos de SS primario juvenil, en niños y adolescentes los cuales presentan signos más severos de la enfermedad (Mathews

et al.; Rivera *et al.*, 2009; Kassin & Moutsopoulos, 2004). La enfermedad es usualmente diagnosticada alrededor de los 50 años, aunque hay dos peaks de incidencia: una que sigue a la menarquía y otra en la menopausia (Liquidato *et al.*, 2006).

El SS en niños es raro, 81 casos fueron reportados en la literatura entre los años 2000–2010. Las edades del diagnóstico fueron entre los 4-16 años y la proporción mujeres y hombres fue de 5:1 (de Souza *et al.*, 2012).

Actualmente no hay un criterio de clasificación globalmente aceptado para SS y se usa la versión de los criterios diagnósticos desarrollados por el Grupo de Consenso Americano Europeo del 2002 (Tabla II) que considera la evaluación de signos y síntomas orales y oculares, histopatología de biopsia de glándulas salivales y la presencia de anticuerpos séricos antinucleares (ANA): anticuerpos anti-Ro o SS-A y anti-La o SS-B (Langegger *et al.*, 2007; Patel & Shahane). Entre estos criterios

Tabla II. Criterios diagnósticos para el Síndrome de Sjögren revisados por el grupo de consenso americano-europeo del 2002 (Vitali *et al.*, 2002).

I. Síntomas oculares	¿Ha presentado ojos secos a diario por más de 3 meses? ¿Tiene sensación de arenilla ocular a repetición? ¿Usa lágrimas artificiales 3 o más veces al día?
II. Síntomas orales	¿Siente la boca seca diariamente por más de 3 meses? ¿Se le han hinchado las parótidas siendo adulto? ¿Necesita beber para tragar alimentos secos?
III. Signos oculares	Prueba de Schimer (5 mm o menos en 5 min). Prueba rosa de bengala (puntaje de 4 o mayor de 4).
IV. Hallazgos histopatológicos	En la biopsia de glándula salival menor, la presencia de más de 1 foco (menor a 50 células) de células mononucleares por 4 mm ² de tejido
V. Compromiso objetivo de glándulas salivales	Por cintigrafía parotídea o por sialografía parotídea o sialometría sin estimulación menos de 1,5 ml o menos en 15 min.
VI. Autoanticuerpos	Positividad de: Ro (SSA) o La (SSB) o AAN o FR.

hay dos que son objetivos, el IV y el VI y obligatorios, uno de los cuales debe estar presente para diagnosticar el SS primario. El diagnóstico definitivo se realiza cuando:

- a) Cuatro de los seis ítems evaluados están presentes, uno de los cuales es el IV o el VI o
- b) Presencia de tres de cualquiera de los cuatro criterios objetivos II, IV, V o VI.

Dentro de las complicaciones orales que comúnmente se presentan están las caries dental rampante, atrofia de la mucosa, ardor, incremento de las enfermedades bacterianas y fúngicas como candidiasis, desarrollo de la enfermedad periodontal, dificultad en la retención de prótesis mucosoportadas, dificultad para hablar, deglutir, reducción del sentido del gusto (Kassan & Moutsopoulos; Nakagawa, 2011), hiposalivación, xerostomía, aumento del tamaño de las glándulas parótidas, queilitis angular (Carson, 2001), labios partidos, descamados y lengua seca, saburrica, eritematosa y partida, desgastes oclusales, mucositis y úlceras orales (Fox *et al.*, 2005), poca tolerancia a comidas picantes, ácidas o crujientes y dificultad en el uso de dentaduras (Valdez & Fox, 1993).

La *Candida albicans* es diagnosticada en un 70 % a 80 % de estos pacientes, afectando lengua, paladar y comisuras (Torres *et al.*, 2002).

La xerostomía provoca que se generen caries de gran severidad y de evolución muy rápida, principalmente rodeando el cuello de los dientes. Este aspecto no es patognomónico de la enfermedad pero es un buen indicador, según el estudio de Al-Hashimi *et al.* (2001), la "boca seca", "ojos secos" y "piel seca" son los mejores predictores de la enfermedad.

Es importante considerar y pesquisar otras acciones que producen xerostomía como son los fármacos, radioterapia, ansiedad, depresión, etc. (Sreebny & Schwartz, 1986; Cooper *et al.*, 1995).

La saliva es preferentemente agua (99 %) a la que se le suman proteínas y electrolitos. El agua contribuye a la irrigación de la cavidad oral y la disolución de sus contenidos. Las proteínas asisten con la lubricación de la superficie muco-

sa y la inhibición del crecimiento de microorganismos (CORE, 1992).

La saliva es importante para los dientes ya que en la boca se produce un proceso continuo de desmineralización y remineralización donde la saliva actúa como un factor dinamizador de este equilibrio inclinándolo hacia la remineralización. Al haber poca cantidad de saliva hay cambios en el pH y en la capacidad buffer (Carson; Mignona *et al.*) el medio bucal tiende a ser más ácido lo que facilita el progreso de las caries por la desmineralización del esmalte. Los pacientes con SS tienen un alto riesgo de desarrollar caries y presentan un alto índice de dientes perdidos por este motivo. Según un estudio realizado por Olate *et al.* (2014), señala que en pacientes de 41 a 60 años hay un incremento de dientes tratados y desde los 60 años aumentan las extracciones.

La hiposalivación persistente puede provocar infecciones como candidiasis, caries o sialoadenitis bacteriana (Korstanje, 1995) y la pérdida de lubricación de la mucosa provoca susceptibilidad al trauma por fricción (Yuan & Woo, 2015).

Debido a la xerostomía y las heridas en las mucosas, estos pacientes presentan gran disconfort y dolor con el uso de prótesis removibles lo que hace que este tipo de tratamientos no sea el definitivo, desde este punto nace la importancia de la incorporación de los tratamientos mediante implantes dentales en estos pacientes (de Mendonça Invernici *et al.*, 2014). Se ha propuesto que estos pacientes pueden beneficiarse con prótesis removibles con reservorios de saliva artificial que podría reducir la sensación incómoda producida por las prótesis (Kaushal, 2010). En muchos casos el tratamiento con implantes es ampliamente aceptado (Isidor *et al.*, 1999).

Los implantes dentales están siendo utilizados de forma creciente para reemplazar piezas perdidas, ofrecen un porcentaje de éxito de 90-95 % después de 10 años. La literatura tiene mucha referencia a las contraindicaciones al tratamiento con implantes en un paciente con enfermedades sistémicas aunque en algunas instancias estas contraindicaciones parecen ser solo teóricas (Scully *et al.*, 2007).

Mientras algunas enfermedades sistémicas y desórdenes de mucosa oral han sido comúnmente vistos como contraindicaciones para la colocación de implantes, el beneficio de dicho tratamiento, algunas veces, sobrepasan los riesgos (Candel-Martí *et al.*, 2011). La severidad del SS y las complicaciones médicas del paciente deben ser evaluadas antes de recomendar la rutina de la colocación de implantes (Payne *et al.*, 1997)

En un review realizado por Candel-Martí, *et al.*, encontraron que la rehabilitación a base de implantes es válido para pacientes con SS encontrando un porcentaje de éxito de 86,33 %.

Los reportes señalan que el tratamiento para los pacientes con SS es principalmente sintomático y se enfoca en reconocer y tratar las complicaciones de la enfermedad (Kassan & Moutsopoulos).

REPORTE DE CASO

Paciente sexo femenino, 65 años de edad, con antecedentes médicos de Síndrome de Sjögren primario diagnosticado hace aproximadamente ocho años, en tratamiento con reumatólogo y oftalmólogo en forma anual, cuatro hijos, hija menor de 24 años diagnosticada hace un año de Lupus Eritematoso y síndrome de Sjögren. Acude a la Clínica Odontológica de la Universidad Autónoma de Temuco al postgrado de Rehabilitación Oral para realizarse un examen de salud oral.

Al examen clínico extraoral destacan comisuras con queilitis angular. Al examen intraoral (Fig. 1), se aprecian desgastes incisales, oclusales y vestibulares severos, pérdida de la dimensión vertical, piezas dentarias ausentes, caries múltiples, restauraciones defectuosas, restos radiculares en dientes anteroinferiores (Fig. 2), resequedad evidente de mucosas y lengua lisa y depapilada (Fig. 3).

Paciente conoce los signos y síntomas de su enfermedad y mantiene un estricto y riguroso uso de sus medicamentos paliativos en el que se incluyen lágrimas artificiales, corticoides,

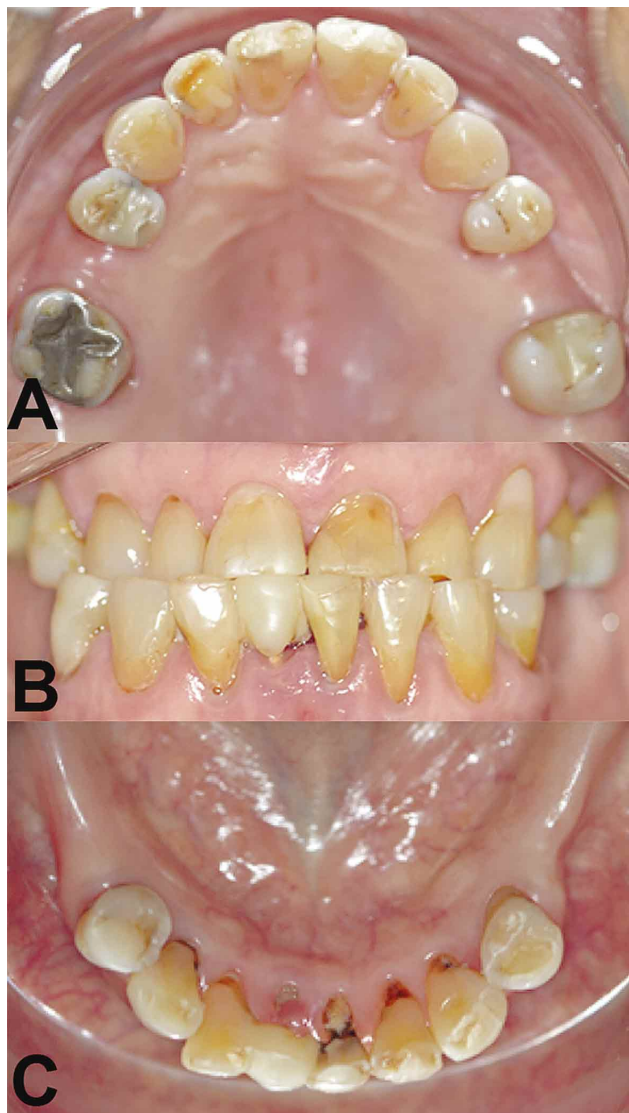


Fig. 1. Examen clínico intraoral.

estimulantes salivales, hidratación y una preocupación por su higiene oral.

Dentro de los signos y síntomas descritos por la paciente destacan la necesidad de ingerir líquidos al sentir su boca seca, queilitis angular a repetición, cambios en los hábitos de alimentación y pérdida del olfato, en cuanto a problemas vaginales, señala que no presenta molestias y que sus controles ginecológicos están al día.

La paciente desea mejorar sus condiciones orales, tanto funcional como estéticamente, destaca que en los últimos meses ha percibido un gran deterioro de sus dientes.



Fig. 2 Radiografía donde se aprecian los restos radiculares de piezas anteroinferiores.

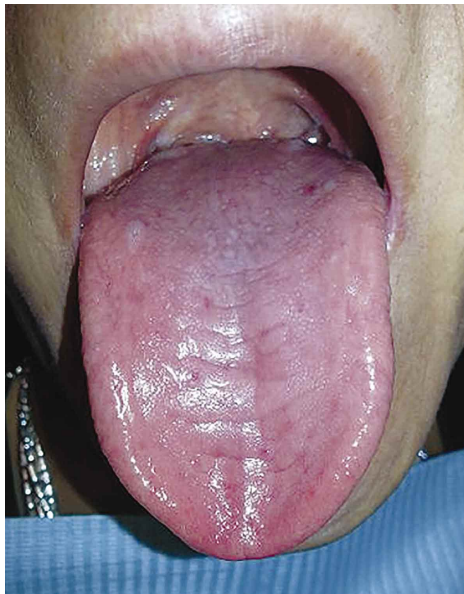


Fig. 3. Lengua lisa y depapilada.

Se solicitaron exámenes médicos y radiográficos los que fueron analizados en conjunto con el cirujano maxilofacial.

Se expusieron y explicaron las alternativas de tratamiento y previo consentimiento informado, se decidió lo siguiente:

Fase inicial, paliativa, educativa y preventiva: instrucción de higiene oral, educación sobre repercusiones bucales de la enfermedad y control de dieta.

Se continuó con los medicamentos utilizados por la paciente que consistían en sustitutos de saliva en spray. Se le recomendaron caramelos sin azúcar y abundante ingesta de agua (de 8 a 10 vasos diarios), uso de pasta dental con flúor de 2500-5000 ppm, hilo dental, enjuague de Clorhexidina al 0,12 %, 10 mL durante un minuto por una semana al mes, sin uso de pasta dental durante ese periodo y enjuagues con infusión de manzanilla para estimular la reparación de las mucosas.

En la consulta se indicó destartraje sub y supragingival superior e inferior, sellantes en surcos profundos y aplicación de flúor barniz según protocolo CAMBRA para pacientes de muy alto riesgo cariogénico.

El manejo de la candidiasis eritematosa crónica y queilitis angular se trató con comprimidos de Nistatina oral (100.000 UI) 4-6 veces al día o Miconazol gel cuatro veces al día (Gallud & Delgado, 2006).

Fase quirúrgica y rehabilitadora: en sector superior se decidió aumentar longitud de los dientes para recuperar la dimensión vertical, con resinas de fotocurado para lograr funcionalidad y estética previo encerado diagnóstico y prueba de Mock-up.

En la mandíbula se realizó el procedimiento quirúrgico de exodoncias de los dientes remanentes inferiores y en el mismo acto quirúrgico la instalación de 5 implantes dentales, con las siguientes características: dos implantes regulares de hexágono externo de 3,75 mm y 13 mm de longitud y tres implantes regulares de hexágono externo de 3,75 mm y 15 mm de longitud (Fig. 4).

Para la colocación de los implantes se realizó un colgajo donde se logró identificar los nervios mentonianos y luego se meseteó el hueso en el sector anteroinferior con el

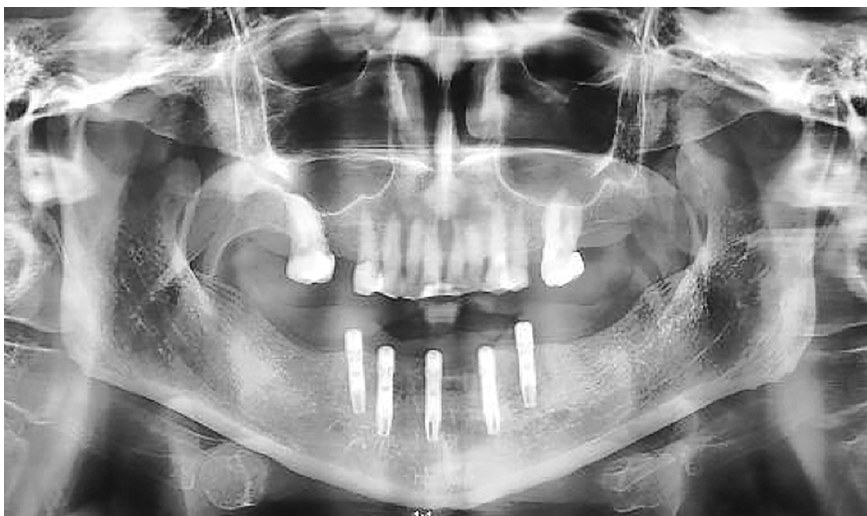


Fig. 4 Radiografía de control a un mes de la instalación de los implantes.

fin de obtener un lecho adecuado para la instalación de los implantes.

Se posicionó el colgajo y se suturó con poliamida para evitar placa bacteriana y mantener una mejor higiene oral.

Se le entregaron todas las indicaciones de cuidado e higiene y se programaron controles periódicos, el primero para el día posterior a la cirugía y luego una vez a la semana durante el primer mes, luego cada dos semanas hasta terminar la rehabilitación.

La paciente quedó sin prótesis inferior posterior a la cirugía para permitir una mejor cicatrización de la mucosa. Se decidió que no la usara durante el periodo de cicatrización.

Los implantes se dejaron sumergidos en espera de su oseointegración por un período de tres meses (Fig. 5), posterior a ello se instalará una prótesis ad-modum tipo palafito para facilitar la higiene de la estructura y evitar daños en la mucosa.

La paciente recibió tratamiento antibiótico previo a la cirugía de un gramo de amoxicilina una hora antes de la intervención y posterior a la cirugía continuó con Amoxicilina de 500 mg, un comprimido cada 8 horas por 7 días, Ibuprofeno 600 mg, un comprimido cada 8 h por 5 días y enjuagues de clorhexidina al 0,12 % tres veces al día por una semana. A los 15 días fue retirada la sutura.

Fase de mantención: esta consistirá en controles odontológicos periódicos cada tres meses, control de higiene y dieta, destartraje sub y supragingival, aplicación de flúor barniz en piezas maxilares, control de uso de pastas dentales fluoradas, hilo dental, superfloss, colutorio antiséptico antibacteriano, estado periodontal, estado de restauraciones y estructura protésica. Examen radiográfico de ser necesario.



Fig. 5. Control después de un mes de la cirugía.

DISCUSIÓN

La saliva cumple un rol fundamental en la protección y mantención de la salud oral y cuando esta se ve disminuida trae consecuencias muy perjudiciales. Esto provoca que el nivel de riesgo de los pacientes con SS sea muy alto por lo que se sugiere utilizar el protocolo de CAMBRA,

que se utiliza para pacientes de 6 años de alto riesgo cariogénico.

La sequedad de boca y ojos nos pueden dar luces de estar frente a un paciente con SS, es importante indagar los síntomas y signos que se están presentando.

Además en la ficha clínica se deben registrar todos los fármacos que el paciente está consumiendo ya que muchos de ellos pueden provocar hiposalivación y xerostomía. Muchos pacientes de mediana edad y adultos mayores en Estados Unidos usan un gran número de medicamentos (polifarmacia). La "boca seca" es un signo señalado con más de 500 fármacos.

El dentista debe sospechar de un SS al ver la severidad de las caries especialmente en las zonas cervicales o por cambios de obturaciones en cortos periodos de tiempo, ante cualquier duda se debe derivar con médico especialista ya que mientras antes se diagnostique esta enfermedad, en menor grado se afectará la calidad de vida del paciente.

La labor del odontólogo debe ser la de preservar la mayor cantidad de piezas dentarias ya que el uso de prótesis removibles convencionales resultan ser muy incómodas debido a que las mucosas no tienen la lubricación que requieren estas prótesis para poder ser bien manejadas y toleradas. Si esto no es posible, se debe tomar una determinación como fue en el caso presentado, donde se decidió realizar las extracciones de las piezas inferiores para posteriormente colocar 5 implantes oseointegrados y realizar una prótesis ad modum tipo palafito para así mantener una mejor y más fácil higiene y evitar el daño de la mucosa.

En la literatura, se sugiere el uso de prótesis removibles con reservorios de saliva artificial en el sector superior, ya que el paladar ofrece una amplia superficie para instalar estos reservorios, pero debido a la menor área que cubren las prótesis inferiores, este no sería un tratamiento válido para este sector.

En el caso del maxilar, donde se decidió realizar resinas, es de suma importancia que estas tengan perfectas terminaciones, ya que la incidencia de caries cervicales en estos pa-

cientes es muy común. Además los controles odontológicos deben ser fijados en forma muy rigurosa.

El uso de implantes, según la literatura, es aceptado en estos pacientes, siendo el porcentaje de éxito solo un poco más bajo que el encontrado en un paciente normal, aún así se requieren más estudios y reportes de este tema, en especial, estudios a largo plazo.

En conclusión, el SS es la enfermedad autoinmune más frecuente caracterizada por la sequedad de las mucosas especialmente de ojos y boca. Resulta en una disminución significativa de la calidad de vida de los pacientes. Más importante aún, el SS es considerado subdiagnosticado, subtratado y subinvestigado (Venables, 2004). Es tarea de odontólogo estar informado y ser capaz de pesquisar los signos y síntomas y derivar en forma oportuna ya que mientras antes se disponga del diagnóstico, mejor será la calidad de vida de estos pacientes.

El manejo debe realizarse con un equipo multidisciplinario, el conocimiento por parte del odontólogo es clave en el éxito, saber detectar los signos y síntomas que se están presentando es de suma importancia para limitar o disminuir el progreso ya que este es muy agresivo y tejidos orales duros y blandos son fuertemente afectados.

Es importante tener un protocolo de trabajo destacando que son pacientes de muy alto riesgo cariogénico. Las mucosas de estos pacientes se irritan y ulceran fácilmente debido a la baja o nula lubricación producto de la xerostomía que presentan, por lo que las prótesis removibles no son un tratamiento definitivo, por ello, una alternativa son los implantes dentales, aunque hasta el momento hay poca evidencia y reportes de casos de pacientes con SS.

Los implantes dentales se han convertido en un tratamiento estándar en la última década. Aunque la literatura presenta muchas referencias de contraindicaciones de este tipo de tratamiento en pacientes con enfermedades sistémicas, los beneficios podrían superar el riesgo (Scully & Carrozzo, 2008).

MEDINA, A. D. Oral rehabilitation with dental implants in patients with Sjögren's Syndrome. *Int. J. Med. Surg. Sci.*, 3(1):771-777, 2016.

SUMMARY: Sjögren's syndrome (SS) is an autoimmune disease characterized by a chronic inflammatory process of the exocrine glands, whose phenotypic expression is keratoconjunctivitis sicca and xerostomia, which entails the development of caries, periodontal disease and bacterial and fungal infections. These patients are at high risk cariogenic, being of great interest and concern in dental practice, where treatment is mainly symptomatic. The present case is a patient of 65 years of age diagnosed with SS 8 years; which has multiple cavities and root fragments in mandibular teeth and jaws, which radiographic examinations and doctors indicated, multiple extractions are performed in lower sector and in the same operation five implants are installed, three months are expected to allow osseointegration to further rehabilitate a prosthesis implants ad modum type on stilts and in the upper section will be rehabilitated with wax composites prior diagnosis and test mock up to reach the occlusal plane and recover functionality and aesthetics.

KEY WORDS: Sjogren syndrome; Xerostomia; Oral health; Root caries; Dental implants.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Hashimi, I.; Khuder, S.; Haghghat, N. & Zipp, M. Frequency and predictive value of the clinical manifestations in Sjögren's syndrome. *J. Oral Pathol. Med.*, 30(1):1-6, 2001.
- Atkinson, J. C. & Fox, P. C. Sjogren's syndrome: oral and dental considerations. *J. Am. Dent. Assoc.*, 124(3):74-85, 1993.
- Bootsma, H.; Spijkervet, F. K.; Kroese, F. G. & Vissink, A. Toward new classification criteria for Sjögren's syndrome? *Arthritis Rheum.*, 65(1):21-3, 2013.
- Candel-Marti, M. E.; Ata-Ali, J.; Peñarrocha-Oltra, D.; Peñarrocha-Diago, M. A. & Bagán, J. V. Dental implants in patients with oral mucosal alterations: An update. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.*, 16(6):e787-93, 2011.
- Carsons, S. A review and update of Sjögren's syndrome: manifestations, diagnosis, and treatment. *Am. J. Manag. Care*, 7(14 Suppl.):S433-43, 2001.
- Cooper, J. S.; Fu, K.; Marks, J. & Silverman, S. Late effects of radiation therapy in the head and neck region. *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.*, 31(5):1141-64, 1995.
- de Mendonça Invernici, M.; Finger Stadler, A.; Vale Nicolau, G.; Naval Machado, M. Â.; Soares de Lima, A. A. & Compagnoni Martins, M. Management of Sjogren's Syndrome Patient: A Case Report of Prosthetic Rehabilitation with 6-Year Follow-Up. *Case Rep. Dent.*, 2014:761251, 2014.
- de Souza, T. R.; Silva, I. H.; Carvalho, A. T.; Gomes, V. B.; Duarte, A. P.; Leão, J. C. & Gueiros, L. A. Juvenile Sjögren syndrome: distinctive age, unique findings. *Pediatr. Dent.*, 34(5):427-30, 2012.
- Fox, R. I. Sjögren's syndrome. *Lancet*, 366(9482):321-31, 2005.
- Gallud, D. & Delgado, W. *Micosis*. En: Bagán-Sebastián, J. V. & Scully, C. Medicina y Patología Oral. Valencia, Medicina Oral S. L., 2006. pp.47-54.
- Gavaldá-Esteve, C. *Síndrome de Sjögren*. En: Bagán-Sebastián, J. V. & Scully, C. Medicina y Patología Oral. Valencia, Medicina Oral S. L., 2006. pp.241-6.
- Hayashi, T. Dysfunction of lacrimal and salivary glands in Sjögren's syndrome: nonimmunologic injury in preinflammatory phase and mouse model. *J. Biomed. Biotechnol.*, 2011:407031, 2011.
- Commission on Oral Health, Research and Epidemiology (CORE). Saliva: its role in health and disease. Working Group 10 of the Commission on Oral Health, Research and Epidemiology (CORE). *Int. Dent. J.*, 42(4 Suppl. 2):287-304, 1992.
- Isidor, F.; Brøndum, K.; Hansen, H. J.; Jensen, J. & Sindet-Pedersen, S. Outcome of treatment with implant-retained dental prostheses in patients with Sjögren syndrome. *Int. J. Oral Maxillofac. Implants*, 14(5):736-43, 1999.
- Kassan, S. S. & Moutsopoulos, H. Clinical manifestations and early diagnosis of Sjögren syndrome. *Arch. Intern. Med.*, 164(12):1275-84, 2004.
- Korstanje, M. J. Drug-induced mouth disorders. *Clin. Exp. Dermatol.*, 20(1):10-8, 1995.

- Langeegger, C.; Wenger, M.; Duftner, C.; Dejaco, C.; Baldissera, I.; Moncayo, R. & Schirmer, M. Use of the European preliminary criteria, the Breiman-classification tree and the American-European criteria for diagnosis of primary Sjögren's Syndrome in daily practice: a retrospective analysis. *Rheumatol. Int.*, 27(8):699-702, 2007.
- Liquidato, B. M.; Soler, Rde. C. & Bussoloti Filho, I. Evaluation of the concordance of sialometry and salivary glands scintigraphy in dry mouth patients. *Braz. J. Otorhinolaryngol.*, 72(1):116-9, 2006.
- Mathews, S. A.; Kurien, B. T. & Scofield, R. H. Oral manifestations of Sjögren's syndrome. *J. Dent. Res.*, 87(4):308-18, 2008.
- Mays, J. W.; Sarmadi, M. & Moutsopoulos, N. M. Oral manifestations of systemic autoimmune and inflammatory diseases: diagnosis and clinical management. *J. Evid. Based Dent. Pract.*, 12(3 Suppl.):256-8, 2012.
- Mignogna, M. D.; Fedele, S.; Lo Russo, L.; Lo Muzio, L. & Wolff, A. Sjögren's syndrome: the diagnostic potential of early oral manifestations preceding hyposalivation/xerostomia. *J. Oral Pathol. Med.*, 34(1):1-6, 2005.
- Nakagawa, Y. Management of dry mouth in Sjögren's syndrome. *Jpn. Dent. Sci. Rev.*, 47(2):115-23, 2011.
- Nakamura, H.; Kawakami, A. & Eguchi, K. Mechanisms of autoantibody production and the relationship between autoantibodies and the clinical manifestations in Sjögren's syndrome. *Transl. Res.*, 148(6):281-8, 2006.
- Olate, S.; Muñoz, D.; Neumann, S.; Pozzer, L.; Cavalieri-Pereira, L. & de Moraes, M. A descriptive study of the oral status in subjects with Sjögren's syndrome. *Int. J. Clin. Exp. Med.*, 7(4):1140-4, 2014.
- 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.
- Patel, R. & Shahane, A. The epidemiology of Sjögren's syndrome. *Clin. Epidemiol.*, 6:247-55, 2014.
- Rivera, H.; Valero, L.; Escalona, L.; Roja-Sánchez, F. & Ríos, M. P. Manejo multidisciplinario del paciente diagnosticado con el síndrome de Sjögren. *Acta Odontol. Venez.*, 47(3):1-23, 2009.
- Scully, C.; Hobkirk, J. & Dios, P. D. Dental endosseous implants in the medically compromised patient. *J. Oral Rehabil.*, 34(8):590-9, 2007.
- Scully, C. & Carrozzo, M. Oral mucosal disease: Lichen planus. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.*, 46(1):15-21, 2008.
- Skopouli, F. N.; Dafni, U.; Ioannidis, J. P. & Moutsopoulos, H. M. Clinical evolution, and morbidity and mortality of primary Sjögren's syndrome. *Semin. Arthritis Rheum.*, 29(5):296-304, 2000.
- Sreebny, L. M. & Schwartz, Z. Z. A reference guide to drugs and dry mouth. *Gerodontology*, 5(2):75-99, 1986.
- Torres, S. R.; Peixoto, C. B.; Caldas, D. M.; Silva, E. B.; Akiti, T.; Nucci, M. & de Uzeda, M. Relationship between salivary flow rates and Candida counts in subjects with xerostomia. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, 93(2):149-54, 2002.
- Valdez, I. H. & Fox, P. C. Diagnosis and management of salivary dysfunction. *Crit. Rev. Oral Biol. Med.*, 4(3-4):271-7, 1993.
- Venables, P. J. Sjögren's syndrome. *Best Pract. Res. Clin Rheumatol.*, 18(3):313-29, 2004.
- Vitali, C.; Bombardieri, S.; Jonsson, R.; Moutsopoulos, H. M.; Alexander, E. L.; Carsons, S. E.; Daniels, T. E.; Fox, P. C.; Fox, R. I., Kassan, S. S.; Pillemer, S. R.; Talal, N.; Weisman, M. H. & European Study Group on Classification Criteria for Sjögren's Syndrome. Classification criteria for Sjögren's syndrome: a revised version of the European criteria proposed by the American-European Consensus Group. *Ann. Rheum. Dis.*, 61(6):554-8, 2002.
- Yuan, A. & Woo, S. Adverse drug events in the oral cavity. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol.*, 119(1):35-47, 2015.

Dirección para Correspondencia:
Dra. Daniela Medina Aravena
Especialidad de Rehabilitación Oral
Universidad Autónoma
Temuco
CHILE

Email: daniela.medina.a@gmail.com

Recibido : 20-06-2015

Aceptado: 22-12-2015