

INFORME DE CASO

Síndrome de Sjögren. Informe de un caso

Dr. Rubén Julke Delfino Legrá¹, Dr. Amado Correa Fernández², Lic. Fidel Castro Cesar³

¹ Especialista de II Grado en Oftalmología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Auxiliar. Hospital General Docente "Octavio de la Concepción y de la Pedraja". Baracoa. Cuba

² Especialista de I Grado en Ginecobstetricia. Instructor. Hospital General Docente "Octavio de la Concepción y de la Pedraja". Baracoa. Cuba

³ Licenciado en Economía. Asistente. Filial de Ciencias Médicas de Baracoa. Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 64 años, en la cual se diagnostica síndrome de Sjögren secundario. Se analizan los resultados de los exámenes oftalmológico y clínico general realizados, además, de los estudios de laboratorio, inmunológico e histológico. Se comparan nuestros hallazgos con lo registrado en la literatura médica al respecto.

Palabras clave: ojo seco, síndrome de Sjögren, artritis reumatoidea.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Sjögren es un trastorno inflamatorio crónico mediado por reacciones inmunológicas, que se caracteriza por una infiltración linfocítica de las glándulas lagrimales y salivales aunque, también, pueden afectarse otras membranas mucosas como el epitelio bronquial y la vagina.¹⁻³

Fue descubierto por Henrik Sjögren, desde entonces se ha avanzado mucho en su estudio, dividiéndose en primario y secundario.^{1,4,5}

El síndrome de Sjögren primario comprende un cuadro de queratoconjuntivitis seca y xerostomía, así como la confirmación hística

de infiltración linfocítica de las glándulas salivales menores⁵⁻⁷, en tanto, que el secundario se caracteriza por lo anterior, asociándose además a otras enfermedades como: artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico, esclerosis múltiple, tiroiditis de Hashimoto, polimiositis y cirrosis biliar primaria.^{4,5,8} Ambos tipos son frecuentes, sin embargo, los síntomas de síndrome de Sjögren primario son mucho más manifiestos y, en el secundario, son los síntomas de la enfermedad asociada las que predominan.

Para el diagnóstico de queratoconjuntivitis seca, se requiere de un examen biomicroscópico y se realizan otras pruebas como la de tinción con fluoresceína, la tinción con Rosa de Bengala, la prueba de Schirmer sin anestesia y, con ella, el tiempo de desintegración de la película lagrimal (TDPL), la determinación de la lactoferrina y lisozima en las lágrimas, así como la osmolaridad de estas.^{7,9}

La centellografía de glándulas salivales, la sialografía secretoria, el ultrasonido y resonancia magnética de las glándulas parótidas, si bien son útiles para demostrar la función y anatomía glandular, solo tienen una aplicación limitada en la práctica sistemática, por lo que el principal recurso diagnóstico es la biopsia de glándulas salivales labiales.^{1,3,10}

Otras pruebas de importancia lo constituyen el factor reumatoideo, así como la determinación de inmunoglobulinas y anticuerpos antinucleares.^{4,6,7}

Se ha avanzado mucho en estos últimos años a pesar de no existir un tratamiento curativo para esta enfermedad, sin embargo, se tiene al alcance diversos tratamientos que pueden aliviar los síntomas de una forma notable, pudiendo la mayoría de estos pacientes realizar una vida normal tanto en el trabajo como en la sociedad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente M. R. M, de 64 años de edad, sexo femenino, raza blanca, procedencia urbana, ama de casa, que hace aproximadamente un año comenzó a presentar molestias a la luz, acompañado de sensación de cuerpo extraño, pesadez de los párpados, disminución lenta y progresiva de la visión, así como sequedad ocular.

Ingresa en el servicio de medicina en varias ocasiones por presentar además dolores articulares; sospechándose lupus eritematoso sistémico (LES); es egresada sin concluir diagnóstico; evolutivamente se produce empeoramiento del cuadro articular con deformidad, así como

incremento de la sintomatología ocular, por lo que se decide nuevamente su ingreso.

Se le realiza examen oftalmológico:

La agudeza visual es de 0.1 en ojo derecho (OD) y 0.4 en ojo izquierdo (OI); que no mejora con cristales.

Presenta reacción conjuntival ligera, secreción filamentosa y mucosa en fondo de saco, blanquecina.

La biomicroscopia mostró en OD epitelopatía puntiforme que afecta la córnea en su sector inferior. En OI, en prácticamente toda su extensión se observaron además filamentos con extremo libre movable al parpadeo. Al examen de la motilidad ocular se observó paresia de músculo recto lateral de OI, con exoftalmo moderado (Ver Figura 1).

El tiempo de desintegración de la película lagrimal (TDPL) fue de 5 segundos en el OD y de 4 segundos en OI, la prueba de Schirmer sin anestesia resultó de 6 y 4 mm, en OD y OI, respectivamente.

En el examen clínico general se encuentra:

Mucosas: Hipocoloreadas y secas.

Respiratorio: Murmullo vesicular normal, no estertores.

Cardiovascular: Soplo sistólico grado II/VI en foco aórtico.

Digestivo: Rágades bucales, caries en arcada dental superior, hepatoesplenomegalia.

Genitourinario: Examen con espéculo: vagina seca, cuello atrófico.

Hemolinfopoyético: Adenopatías supraclaviculares y submaxilares bilaterales, no dolorosas.

Sistema Osteomioarticular: Deformidad articular metacarpofalángica e interfalángica proximales y de las articulaciones metatarsfalángicas de ambos pies, que le dificultan la marcha (Figura 2a y 2b)

Parámetros vitales:

TA: 120/80 mm Hg

FC: 98 lpm (latidos por minuto)

FR: 18 rpm (respiración por minuto)

Temp.: 36,2 °C

Pruebas de laboratorio:

Hemograma: Hemoglobina: 92 g/l

Leucocito: 8×10^{-9} /L

Eritrosedimentaciòn: 132 mm/h
Glicemia: 5.5 mmol/l
TGO: 5 UI
TGP: 12 UI
HB_sAg: negativo.
Anti- HCV: Negativo
Coagulograma: Normal.
Serología: No reactiva.
VIH: negativo.
Orina: Negativa.
Creatinina: 132 mmol /l
Factor reumatoideo: Positivo.
Electroforesis de proteína: Hiperganmaglobulinemia.

Radiografía de tórax: Índice cardiorácico normal, ateroma del cayado aórtico, no alteración pleuropulmonar
Radiografía de ambas manos: Osteoporosis severa y deformidades articulares (Figura 2a).

Ultrasonido abdominal: Hepatoesplenomegalia, riñones y páncreas sin alteraciones ecográficas.
Biopsia de glándulas salivales: Infiltración linfocítica de tejido glandular.

DISCUSIÓN DEL CASO

La paciente presenta manifestaciones oculares y generales de síndrome de Sjögren secundario, entidad de patogenia autoinmune y con prevalencia variable que afecta sobre todo a las mujeres, entre la cuarta y quinta década de la vida, aunque puede presentarse en todas las edades.²⁻⁴

En los pacientes con este tipo de síndrome, además de la epitelopatía puntiforme que afecta la córnea y los filamentos con extremo libre colgante, pueden presentar otras anomalías oculares como las placas mucosas formadas por lesiones semitransparente, grisáceas, ligeramente elevadas de diversas formas y tamaños, así como un menisco lagrimal cóncavo y pequeño, que en casos graves puede estar ausente y, en algunos pacientes, como complicación se presentan úlceras corneales graves con pérdida considerable de visión.

En nuestro caso el síndrome de Sjögren es secundario, ya que está asociado a una artritis reumatoidea, demostrándose por la sintomatología referida por la paciente así como los hallazgos al examen físico general y oftalmológico, unidos a los complementarios realizados.

Actualmente recibe tratamiento con lágrimas artificiales, cianocobalamina en colirio, multivit y prednisona oral.

En los enfermos de artritis reumatoidea se produce una incidencia entre el 15 y 27 % la queratocconjuntivitis seca como consecuencia de la afectación de la glándula lagrimal^{8,9}, que cuando esta afección se asocia con la de las glándulas salivales se nombra síndrome de Sjögren secundario.^{5,8,10,11}

Para algunos autores el síndrome de Sjögren secundario se acompaña de hiperganmaglobulinemia en el 80 % de los casos^{4,12-14} y nuestro paciente presentó niveles elevados de gammaglobulina en sangre.

A pesar de que no existe un tratamiento curativo para esta enfermedad, se tienen al alcance diversos tratamientos que pueden aliviar los síntomas oculares de forma notable, como el uso de lágrimas artificiales, comenzando por las de baja viscosidad aumentándola hasta llegar a los ungüentos y como recurso de segunda línea la oclusión de la vía excretora lagrimal a nivel puntal o canalicular.¹⁴⁻¹⁶

Actualmente se realizan innumerables investigaciones en el campo de la inmunoterapia, por lo que están entrando en una nueva era en el tratamiento del ojo seco^{3,17,18}, esperándose en un futuro no muy lejano contar con una terapéutica mas prometedora en esta enfermedad, para así garantizar una mejor calidad de vida en estos pacientes. Se busca nuevos productos farmacéuticos que actúen tempranamente y mejoren considerablemente la sintomatología en esta enfermedad.

Estos pacientes deben continuar un chequeo periódico en consulta de Oftalmología a fin de tratar oportunamente cualquier complicación ocular, donde se le instruirá adecuadamente sobre los cuidados necesarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hochberg Marc. C. Síndrome de Sjögren. En tratado de Medicina Interna. Claude Bennett. J, Plum Fred. 20 ed. La Habana. Editorial Ciencias Medicas, 1998 V 3. Pp 1719-21.
2. Smith JA. The epidemiology of dry eye disease. Acta Ophthalmol Scandinava, 2007[citado 15 dic 2011];85(240) disponible en: <http://www3.interscience.wiley.com/journal>
3. Murube J. Tratamiento quirúrgico del ojo seco. Mesa Redonda de Ojo Seco. Boletín de la Sociedad De Oftalmol de Madrid; 2007 p.47.
4. Balbona R, Torres D, Vázquez S, Suárez V, Alemán I, Morán Y. Síndrome de ojo seco. Rev. cuba. Oftal 2005; 18(1):15-20.

5. Artiles ME, Cardet C, Rodríguez F, Valdés AC, Placencia A. Relación entre el síndrome de Sjogren y el ojo seco. *Medicentro* 2004;8(4).
6. Rivas J, Mururq J. Inervación de la glándula lagrimal en pacientes con síndrome de Sjogren Primario. Estudio Inmunohistopatológico. *Arch. Soc. Esp. Oftalmol.* 2008; 11: 4-12.
7. Olivé MM. *Práctica Médica en Oftalmología*. Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 2008 p.22-7.
8. Equía F, Rio Torres M, Capote A. Queratoconjuntivitis seca. En: *Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Oftalmología*. La Habana : Editorial Ciencias Médicas; 2009. p.52-8.
9. Diaz M, Pacheco PL, Ramírez LZ. Ojo Seco. En: *Oftalmología Criterios y tendencias actuales*. La Habana : Editorial Ciencias Médicas; 2009. p.3-12.
10. Martínez N, Agramonte I, Padilla C. Puntoplastia en el tratamiento de la queratoconjuntivitis seca. *Rev cub oftal* 2008 [citado 20 dic 2011] ;21(2) disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/oft/vol21_2_08/oftsu208.htm
11. Vaughan D.J. *Oftalmología General*. 9^{na} ed. México. Editorial El Manual Moderno, 1997. Pp 283-84.
12. Uchino M, et al. Japan Ministry of Health study on relevance of Dry disease among Japanese High School Students. *Am J. Ophthalmol* 2008; 146(6):925-29.
13. Versura P, Profagio C, caslovi E, campos C. Menstrual cycle influences ocular surface parameter in normal and dry eye. *Am. J. Ophthalmol* 2008; 146(6):920-24.
14. Lemp MA. Advances in understanding and managing dry eye disease. *American journal of Ophthalmol* 2008; 146(3):350-56.
15. Gupta N, Prasad G. Prevalence of dry eye in high altitude a case controlled comparative study. *High Med Biol* 2008;9(4): 327-34.
16. Calonce M. Síndrome de ojo seco ¿Existen esperanzas para un tratamiento curativo? *Arch Soc. Esp. Oftalmol.* 2002; 3:1.
17. Lemp MA, et al. The definition and clasification of dry eye disease: report of the definition and classification. Subcommittee of the international Dry eye WorkShop *Ocular Surf* 2007;2(5):75-92.
18. Santos Lagresa. Inductores de lágrimas: Andrógenos y Gammaglobulinas humanas. *Rev. Cub Oftalm* 2000; 13 (1): 35-43.

Recibido: 9 de enero de 2012

Aprobado: 21 de febrero de 2012

Dr. Rubén Julke Delfino Legrá. Hospital General Docente "Octavio de la Concepción y de la Pedraja". Baracoa. Guantánamo. Cuba. Email: ruben.gtm@infomed.sld.cu Telef: 53 53211194



Figura 1. Paresia de músculo recto lateral del OI, exoftalmo de ese mismo ojo.



Figura 2a y 2b. Deformidad en articulaciones de manos y pies.