

Reporte de Caso de Síndrome de Sjogren: Paciente Adulta Mayor

Case Report Of Sjogren's Syndrome: Elderly Adult Patient

Arthur Alamy da Silva

arthuralamy467@gmail.com

Universidad Internacional Tres Fronteras

ID:0009-0003-6152-3286

Allyson Geordan da Costa Cunha

allysongeordan@gmail.com

Universidad Internacional Tres Fronteras

ID:0009-0009-4347-0938

Maisa Braz Branco

maisabrancomed@gmail.com

Universidad Internacional Tres Fronteras

ID:0009-0003-6578-7887

Pamela Costa Santos

pamela.costasantos@hotmail.com

Universidad Internacional Tres Fronteras

ID:0009-0003-3002-7247

Rodrigo Cyriaco Fernandes

rodrigocyriaco.medicina@gmail.com

Universidad Internacional Tres Fronteras

ID:0009-0001-0712-3738

Rayane Rodrigues de Sousa

rayanerodriguesdesousa@hotmail.com

Universidad Internacional Tres Fronteras

ID:0009-0002-7852-1968

Tiago Fernando da Silva

tiago1366@gmail.com

Universidad Internacional Tres Fronteras

ID:0009-0008-3891-6846

RESUMEN

El Síndrome de Sjogren se caracteriza por ser una patología autoinmune, que desencadena algunos síntomas que pueden afectar la vida diaria del paciente, el objetivo principal en esta revisión de caso clínico, es observar todo el proceso en un paciente en el que fue diagnosticado con este síndrome, para informar su proceso y su evolución hasta el momento actual. El caso presenta a una paciente de 67 años, identificada como RNDS, que consultó en la clínica de Foz do Iguazú debido a dolores en las articulaciones de las manos. Durante la anamnesis, el paciente mencionó síntomas adicionales, como cambios en las glándulas parótidas con dolor a la palpación, sensación de sequedad en los ojos, "llanto sin lágrimas", visión borrosa, disfagia, afasia, sequedad y ardor en la boca, picor. y calor en las manos, secuencia, rigidez matutina en las articulaciones vaginales, y ardor al orinar, la paciente también reveló tener antecedentes médicos que incluyen tendinitis, bursitis subacromial y subdeltoidea, así como cataratas seniles, destacó que no tiene enfermedades crónicas subyacentes como diabetes o hipertensión, el cuadro clínico abarca una variedad de síntomas que afectan diferentes sistemas, como el musculoesquelético, glandular, ocular, bucal y urinario, la presencia de síntomas como sequedad en los ojos, boca y manos, junto con problemas articulares y urinarios, sugiere un posible cuadro autoinmune o reumático. La evaluación detallada de estos síntomas y la realización de pruebas adicionales podrían ayudar a establecer un diagnóstico y plan de tratamiento adecuado para el paciente.

Palabras-clave: Síndrome de Sjögren, paciente adulta mayor, manifestaciones clínicas.

ABSTRACT

Sjogren's syndrome is characterized by being an autoimmune pathology, which triggers some symptoms that can affect the daily life of the patient, the main objective in this clinical case review, is to observe the whole process in a patient in which he was diagnosed with this syndrome, to inform its process and its evolution until the present moment. The case presents a 67-year-old patient, identified as RNDS, who consulted in the clinic of Foz do Iguazú due to pains in the joints of the hands. During the anamnesis, the patient mentioned additional symptoms, such as changes in the parotid glands with pain at palpation, feeling of dryness in the eyes, "crying without tears", blurred vision, dysphagia, aphasia, dryness and burning in the mouth, itching. and hand heat, sequence, morning stiffness in the vaginal joints, and burning when urinating, the patient also revealed medical history including tendinitis, subacromial bursitis and subdeltoid, as well as senile cataracts, highlighted that it does not have underlying chronic diseases such as diabetes or hypertension, the clinical picture covers a variety of symptoms affecting different systems, such as musculoskeletal, glandular, ocular, oral and urinary, the presence of symptoms such as dry eyes, mouth and hands, along with joint and urinary problems, suggest a possible autoimmune or rheumatic condition. Detailed evaluation of these symptoms and additional testing may help establish an appropriate diagnosis and treatment plan for the patient.

Keywords: Sjogren's Syndrome, elderly adult patient, clinical manifestations.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune en la que se afectan directamente las glándulas salivales y las glándulas lagrimales, descrita por primera vez en 1933 por el oftalmólogo sueco Henrik Sjögren, provocando una hipofunción en la producción de saliva y lágrimas, respectivamente (1).

Esta patología puede ser primaria o secundaria, siendo la primaria aislada, apareciendo así sola, y la secundaria puede ir acompañada de otras patologías, tomando como ejemplo la artritis reumatoide (1)

La presentación clínica varía desde síntomas leves, como los síntomas clásicos de sequedad ocular y bucal, queratoconjuntivitis seca y xerostomía, hasta síntomas sistémicos graves que afectan a múltiples sistemas orgánicos. Además, en el síndrome de Sjögren pueden estar presentes una serie de autoanticuerpos (anticuerpos anti-SSA/Roy anti-SSB/La, factor reumatoide, crioglobulinas, anticuerpos antinucleares), que complican el cuadro (2,3,4).

Es posible que tenga sequedad en otros órganos que necesitan humedad, como la nariz, la garganta y la piel. El síndrome también puede afectar otras partes del cuerpo, incluyendo las articulaciones, pulmones, riñones, vasos sanguíneos, órganos digestivos y los nervios (5).

DESARROLLO

El Síndrome de Sjögren es una patología autoinmune crónica que afecta a las glándulas endocrinas. Los síntomas generales son fatiga, dolor crónico, depresión y ansiedad, por lo que los pacientes con SSP tienen una calidad de vida significativamente inferior (6).

Este síndrome también puede correlacionarse con otras patologías autoinmunes, siendo la artritis reumatoide un ejemplo clásico y uno de los principales desencadenantes. Para el diagnóstico, es difícil o casi imposible comparar los diversos estudios clínicos, especialmente en lo que se refiere al tratamiento y a los datos epidemiológicos (7).

Sin embargo, una evaluación clínica bien diseñada, junto con pruebas de laboratorio y una biopsia de la glándula salival para un mejor diagnóstico, también puede identificar otros síntomas subyacentes como la fatiga y el dolor articular. El tratamiento de la enfermedad consiste en la reducción de los síntomas y la prevención de futuras complicaciones, utilizando sustitutos salivales y lágrimas artificiales, así como el uso de medicamentos específicos. El autocuidado también es esencial para un tratamiento más eficaz, incluyendo una higiene bucal adecuada y la reducción de los factores que pueden desencadenar este síndrome, como el tabaquismo y el estrés, entre ellos, el apoyo multidisciplinario también es primordial y eficaz para el seguimiento de la progresión de esta patología (7-10).

A pesar de los diversos estudios y avances en el tratamiento, persisten desafíos diarios debido a la falta de terapias específicas y a la diferencia de signos y síntomas que presenta cada paciente. Se están llevando a cabo varios estudios para mejorar el confort de cada paciente, con vistas a reducir los signos y síntomas que presentan.

Tratamiento

En los síntomas clásicos del síndrome de Sjögren, se deben buscar resultados positivos mediante una variedad de métodos, incluyendo la historia del paciente, estudios de proteínas séricas, sialoquimetría y sialometría, biopsia de glándula labial y sialografía (1,5,4).

Por lo general, el tratamiento de los pacientes con síndrome de Sjögren lo realiza un reumatólogo. La terapia para el síndrome seco es paliativa y tiene como objetivo aliviar los síntomas orales y oculares y mejorar la calidad de vida de los pacientes (5).

La xerostomía es considerada el principal síntoma oral y signo clínico de la enfermedad, resaltando así la importancia de los otorrinolaringólogos, reumatólogos y cirujanos dentistas para el diagnóstico temprano y tratamiento de esta condición, así como la importancia de mantener los preparandos para reconocer esta entidad en la práctica clínica (3).

Seguimiento

Actualmente la paciente se encuentra en fase de remisión del síndrome de Sjögren, haciendo acompañamiento con el reumatólogo trimestral, con exámenes laboratoriales, más específicamente, el conteo de plaquetas, bilirrubina, creatinina y factor reumatoide que todavía está por arriba de las cifras de referencia. También está haciendo acompañamiento por un equipo de múltiples especialistas, como el dermatólogo semestralmente, oftalmólogo, dentista y con el fisioterapeuta haciendo ejercicios para mejorar la rigidez y dolor en las articulaciones, que es uno de los síntomas de mayor queja entre los pacientes. También se le indica a la paciente un médico cirujano que detecto a través de la ultrasonografía colelitiasis biliar y será sometida a una colecistectomía, así como de bajar los niveles plaquetarios, que actualmente todavía están altas (9).

Epidemiología

Se considera una de las enfermedades reumáticas más comunes, con una prevalencia estimada de más de un millón de personas en Estados Unidos, se presenta en todos los grupos étnicos y raciales, y tiene predilección por las mujeres en la cuarta y quinta décadas de la vida (2,6,7). Su incidencia es baja, con una prevalencia en la población mundial de aproximadamente 0,5% a 1%. Debido a su carácter crónico suele tener un efecto adverso sobre la calidad de vida de los pacientes que la sufren, tiene con frecuencia un curso variable con períodos de exacerbación y remisión de los síntomas, que incluyen estados subclínicos apenas perceptibles por el enfermo (8).

Etiología

La etiología del síndrome de Sjögren no se conoce del todo, como ocurre con la mayoría de las enfermedades autoinmunes. Sin embargo, se cree que algún agente externo provoca un desencadenante en individuos genéticamente predispuestos. Las investigaciones actuales han demostrado una estrecha relación entre la aparición de la enfermedad y las infecciones víricas, como el virus de Epstein-Barr (VEB), el virus de la hepatitis C (VHC) y el Citomegalovirus (CMV) (8,9).

Se cree que, tras una infección vírica, como el VEB, se produce un mimetismo molecular entre los antígenos víricos y los autoantígenos del huésped, lo que da lugar a la producción y maduración de células B que forman anticuerpos que reaccionan con los antígenos propios del individuo.

Tras estudiar la serología de pacientes con síndrome de Sjögren, se identificó la presencia de ADN positivo para el virus EBV en las glándulas salivales y lagrimales, que son uno de los lugares patológicos de la enfermedad, por lo que los investigadores creen que existe una fuerte correlación entre ambas patologías. Lo mismo ocurre, por ejemplo, con el virus VHC, en el que algunos pacientes con hepatitis crónica muestran infiltración del virus en las glándulas salivales. Los estudios han demostrado una fuerte correlación genética para que un individuo padezca el síndrome de Sjögren. Se descubrió que los gemelos, por ejemplo, tenían una mayor probabilidad de desarrollar ambos la enfermedad, donde se encontraron alelos relacionados con los antígenos leucocitarios humanos (HLA) en ambos en relación con la susceptibilidad de la manifestación de la enfermedad.

Diagnóstico

El diagnóstico del síndrome de Sjögren, por lo tanto, se determina con base en la asociación entre los hallazgos clínicos, una anamnesis bien desarrollada y datos de laboratorio. Respecto a las pruebas de laboratorio, se recomienda la biopsia de las glándulas salivales labiales, en menor medida, y la valoración de los niveles séricos de autoanticuerpos.

En el examen histopatológico se debe demostrar uno o más focos de linfocitos peri ductales (50linfocitos/4mm²) o la presencia de autoanticuerpos como anticuerpos antinucleares, factor reumatoide o anticuerpos específicos anti-síndrome de Sjögren A (SSA) y anti-síndrome de Sjögren B (SSB) en el suero del paciente. Exámenes como la sialografía y sialometría de parótida, la prueba de Shirmer y el marcaje de rosa de bengala están indicados para evaluar la disfunción de las glándulas salivales y lagrimales, respectivamente (8,9,10).

Tratamiento

El tratamiento del Síndrome de Sjögren tiene como meta aliviar signo y síntomas. Como consecuencia mejorar la vida de los pacientes.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico va dirigido a los casos más graves de sequedad. Se puede utilizar pilocarpina en comprimidos, para la sequedad de boca, y gotas oculares de ciclosporina para la sequedad ocular. Siempre deben estar prescritos por el equipo médico habitual con experiencia clínica suficiente en la enfermedad (11, 12, 13).

El tratamiento de la afectación sistémica puede incluir:

Antiinflamatorios y antipalúdicos. Para tratar los síntomas articulares, musculares y de afectación general.

Corticoides. Para los casos más graves de afectaciones de órganos.

Fármacos inmunodepresores o terapias biológicas. Para aquellos casos que pongan en peligro la vida del paciente y que no respondan a los tratamientos habituales.

Recomendaciones específicas para paliar los síntomas

- Sequedad de boca. La boca seca es el síntoma principal del síndrome de Sjögren. Se aconseja:
 - Tener una buena higiene oral regular.
 - Utilizar dentífricos con flúor.
 - Masticar chicle sin azúcar o utilizar caramelos sin azúcar para estimular la fabricación de saliva.
 - Beber agua durante el día como hidratación, pero sin exceso (si las cantidades son muy grandes el exceso de agua en la boca puede “arrastrar” la poca saliva propia que se está produciendo y perder los beneficios de esa saliva).
 - Probar con humectantes bucales, geles, aerosoles y enjuagues bucales especializados para pacientes con sequedad bucal disponibles en una gran variedad en las farmacias.
 - Alertar al personal sanitario que la boca seca requiere cuidados adicionales.
 - Revisar la lista de medicamentos con el personal sanitario para ver si alguno causa efectos secundarios en la boca y considerar otras opciones para ayudar con la función salival.
 - Colocar un humidificador en casa.
- Sequedad de nariz. La sequedad nasal varía de persona a persona. El aerosol salino, generalmente, se considera seguro y proporciona un gran alivio, aunque de corta duración. También hay geles nasales salinos que pueden ayudar a resolver las úlceras nasales que puede provocar la sequedad. El lavado nasal realizado una vez al día puede tener un efecto más duradero.
- Sequedad de orejas. De todos los problemas con la sequedad, los oídos con comezón pueden ser fáciles de tratar. Una gota de removedor de cerumen o aceite mineral puede resolver el problema durante varios días. No obstante, siempre se recomienda consultar con el personal tales como una infección además del Sjogren.
- Sequedad de piel.
- Usar guantes para el uso de jabones fuertes o productos químicos para limpiar.
- Usar agua tibia, no caliente, para bañarse.
- Usar jabón con moderación.

- Aplicar al acabar el baño loción lo más pronto posible para sellar la humedad; hidratar de forma inmediata mientras la piel todavía está húmeda. Se puede usar vaselina o aceite de baño.
- Al salir de la ducha, secarse de forma natural, ya que la piel absorbe la humedad del agua.
- Usar protector solar cuando se está al aire libre.
- Evitar los suavizantes de telas en la lavadora y secadora.
- Después de nadar, asegurarse de ducharse e inmediatamente usar una crema hidratante para reducirlos síntomas de la piel seca.
- Sequedad vaginal. La sequedad vaginal puede ser causada por Sjögren, así como por otras afecciones, como la menopausia. No importa cuál sea la causa, si se presenta se recomienda hablar con el especialista en ginecología que suele prescribir un lubricante vaginal.

CASO CLÍNICO

Paciente R.N.D.S., mujer, 67 años. Acudió a la clínica de Foz do Iguazú quejándose de dolores en las articulaciones de las manos. Durante la anamnesis el paciente refirió acompañarse de síntomas como cambios en las glándulas parótidas con dolor a la palpación, sensación de sequedad en los ojos y citó como “llanto sin lágrimas”, visión borrosa, disfagia, afasia, sensación de sequedad y ardor en la boca, picor y calor en las manos, sequedad, rigidez matutina en las articulaciones de las manos vaginales y ardor al orinar. Reveló que padecía de tendinitis, bursitis subacromial y subdeltoidea y cataratas seniles, y afirmó que no tenía patologías de base como diabetes o hipertensión.

Diagnóstico

El primer diagnóstico del paciente, previamente establecido, se basó en la historia clínica y hallazgos clínicos, pruebas de laboratorio para la detección de autoanticuerpos como factor reumatoide con cambios significativos, antígeno antinuclear y anti-SSA, iniciándose inmediatamente después del tratamiento con corticoides, con la con el objetivo de reducir la inflamación y posteriormente iniciar tratamiento con metotrexato y prednisona, fuiste diagnosticado clínicamente con síndrome de Sjögren primario.

Posteriormente se le indicó al paciente la realización de pruebas específicas para detectar y confirmar el diagnóstico clínico, cintilografía de glándulas salivales, que resultó en reducción de saliva en la parótida izquierda y grado marcado en las glándulas submandibulares, que reveló positividad, y prueba de Schirmer que través de las cuales la enfermedad se hizo evidente, presentado como con ojo seco blando.

Tabla I. Resultados de exámenes					
Hemograma	Resultados 2021	Resultado 2022	Resultados 22/07/2023	Resultado 15/02/2023	Valores de referencia
Hematíes	4,73/mm ³	4,89/mm ³	4,08/mm ³	4,18/mm ³	3,80 a 4,80 /mm ³
Hematocrito	36,30%	40,00%	38,7%	37,6%	36,00 a 46,00%
Hemoglobina	11,9 g/dL	13,5 g/dL	13,5 g/dL	13,0g/dL	12,0 a 15,00 g/dL
VGM	76,70 fL	87,1 fL	94,7 fL	89,9fL	80,00 a 101,00 fL
HGM	25,2 pg	29,5 pg	32,9 pg	31,0pg	27,0 a 32,0 pg
CHGM	32,8	33,9 g/dL	34,10 g/dL	34,5g/dL	31,0 a 36,0 g/dL
RDW	14,20%	14,5%	14,9%	15,7%	11,06 a 14,00%
Leucocitos totales (100%)	3,670 /mm ³	3,410 /mm ³	3.650 / mm ³	4.620/ mm ³	4,000 a 10,000/uL
Neutrófilos	41,7%	41,7%	0,0%	50,8%	40% a 80%
Eosinófilos	2,70%	0,00%	0,0%	0,0%	1,0 a 6,0%/
Basófilos	0,70%	0,00%	0,0%	0,0%	0,0 a 2,0%
Linfocitos	18,00%	49,5%	59,2%	43,6%	20,0 a 40,0%
Monocitos	1,30%	8,8%	5,9%	5,6%	2,0 a 10,0 %
Plaquetas	320.000/mm ³	606.000/mm ³	643.000/mm ³	642.000/mm ³	150,000 a 450,000mm ³
vpm	60,2 mg/L	8,4 fL	8,5 fL	8,5fL	9,2 a 12,8 fL
Creatina	0,7 mg/dL	1,07 mg/dL	1,20 mg/dL	1,08mg/dL	h-0,50-0,90 mg/dL
potasio	22 u/L	5,4mmol/L			3,5 a 5,1mmol/L

sodio		134mmol/L			136 a 145mmol/L
Ácido úrico	170 mg/dL	6,3mg/dL	2,1mg/dL	6,5mg/dL	2,4 a 5,7 mg/dL
Fosfatasa alcalina	109U/	109U/L			35 a 105U/L
Bilirrubina total	35 mg/dL	1,58mg/dL	1,30 mg/dL		< A 1,20mg/dL
Factor reumatoide		17UI/dL	17,8UI/dL	16,5%	> a 14,0 UI/dL
PCR		0,82%	0,52%		<0,5mg/dL
Ferritina		234,70ng/mL	253,60ng/dL		13,0 a 150,0ng/mL
Proteínas totales	126 mg/dL	6,9g/dL	105 mg/dL		6,4 a 8,3g/dL
Fósforo			5,0mg/dL		2,5 a A 4,5mg/dL
Anti hiv	9 mg/dL	0,09	11 mg/dL		>5,00positivo
HBsAG	-	No reactivo	-		-
HBsAC	>1000 UI/L	No reactivo	-		= 0 > a 0UI/L
Anti HBc IgM		No reactivo			
Sífilis		No reactivo			

Fuente: Elaboración propia de los autores a partir de los datos de los análisis clínicos solicitado al paciente por médico especialista Reporte de caso de Síndrome de Sjögren.

Gammagrafía de glándulas salivales Radio fármaco: pertecnetato-^{99m}Tc/

Dosis: 10mCi

Método

Se obtuvieron imágenes dinámicas en la proyección anterior del rostro inmediatamente después de la administración intravenosa del radiofármaco durante 25 minutos. Se proporcionó estimulación con jugo de limón a los 20 minutos.

Descripción

Las imágenes dinámicas muestran una acumulación normal del radiofármaco en la glándula parótida derecha, reducida de manera discreta en la parótida izquierda y de manera acentuada en las submandibulares.

Tras el estímulo oral con jugo de limón, hubo una excreción salival satisfactoria por las glándulas.

Hipótesis diagnósticas

Función salival normal en la glándula parótida derecha.

Función salival reducida en grado leve para la parótida izquierda y en grado acentuado para las submandibulares.

Tabla II. Resultados de exámenes

	TEST DE SCHIRMER	LISSAMINA VERDE
OD	15mm	9 ptos
OE	25mm	2 ptos

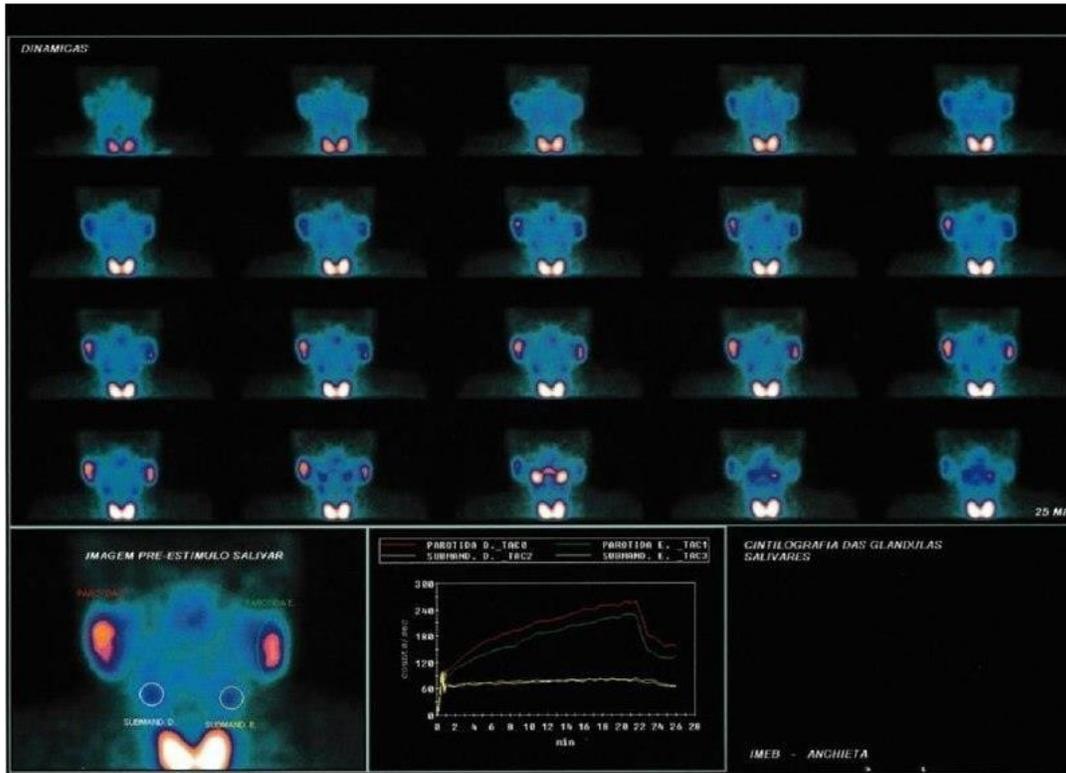
Fuente: Elaboración propia de los autores a partir de los datos del test de Schirmer

Anamnesis de seguimiento

R.N.D.S., mujer, 67 años. Acudió a una clínica de Foz do Iguazú quejándose de dolores en las articulaciones de las manos. En la historia clínica el paciente refirió síntomas como cambios en la glándula parótida, dolor a la palpación, ojos secos, “ganas de llorar sin lágrimas”, visión borrosa, dificultad para tragar, afasia y sensación de ardor seco en la boca. Prurito, calor y sequedad de manos, rigidez matutina de las articulaciones de las manos y sensación de ardor al orinar. Reveló que padecía tendinitis, bursitis subacromial y subdeltoidea y cataratas relacionadas con la edad, y dijo que no tenía afecciones subyacentes como diabetes o hipertensión.

Se evaluó la tonometría según la imagen a continuación:

Imagen 1– Rostro



Fuente: Imágenes del paciente del caso clínico presentado data del examen– 18/10/2022

Evolución clínica atípica

Ojo seco ligero conducto mantener lubricante 4x día liposic a las directrices generales.

DISCUSIÓN

La paciente es una paciente femenina con síntomas típicos de Sjögren, en donde se pueden observar sequedad de glándulas exócrinas, dolor parotídeo y artritis. Estos mismos hallazgos han sido descritos por Said et.al. en 2024, no encontrando diferencias significativas entre la presentación a otras edad, aunque si, el envejecimiento tiene sus propias características que lo hacen de mayor cuidado (14).

La paciente no presentó muchas manifestaciones cutáneas, solamente indicó picazón; Publiesi et. al. 2024 reconocen que las manifestaciones más comunes están asociadas a las vasculitis, como Síndrome de Raynaud, lúvido reticularis, urticaria, granuloma anular, además de xerodermia, párpado dermatitis y queilitis anular (15).

En las afecciones relacionadas a complicaciones de sistema osteotendinoso solo se observan cierto tipo de artrosis y artritis. Si bien la osteolamacia asociada a acidosis tubular renal es rara

(16), se deben hacer estudios sobre calcio, densitometría ósea, teniendo en cuenta la edad y las posibles complicaciones (15).

La analítica laboratorial muestra datos como el nivel alto de plaquetas y un factor reumatoideo elevado como datos importantes que se apoyan en la literatura consultada, aunque se debería también explorar mejor las vitaminas como la B12 y los Anticuerpos Antinucleares (ANA), debido a que hay evidencia de su asociación con el pronóstico y manifestaciones clínicas (16).

Muchas terapias han sido evaluadas y también con sus efectos adversos, como la leflunomida mostro mejoría en 5 de 16 parámetros en 24 semanas y efectos adversos principalmente gastrointestinales y citopenia (17).

En la paciente fueron usados corticoides y metotrexato, en la revisión bibliográfico hemos visto que el ácido micofenólico demostró mejoría en 8 de 16 parámetros, aunque se registraron reacciones adversas en 72% de los pacientes. También han sido probadas terapias biológicas como infliximab, anakinra y rituximab (17).

En estudios de expresión génica y loci, se han identificado sitios de regulación celular que están involucrados en el Síndrome de Sjögren, que también comparte similitudes con artritis reumatoidea y lupus eritematoso sistémico, por lo que la regulación del Factor de Necrosis Tumoral y los Linfocitos B, son fundamentales como terapia dirigida, aunque aún están siendo investigadas (18).

También se han reportado estudios cuando las terapias más frecuencia con hidroxicloroquina, azatioprina o rituximab han sido ineficaces, el metotrexato es una opción posible (19).

CONCLUSIÓN

Se presenta un caso de síndrome de Sjögren en una mujer en edad mayor a la media, con signos típicos de disfunción de células exócrinas, que afecta principalmente a la parótida, las glándulas menores de la boca, la conjuntiva del ojo y sistema genitourinario.

Se requieren de más datos sobre sus antecedentes familiares y personales, para un mejor estudio de la predisposición genética, el riesgo por exposición a agentes estimuladores y el pronóstico.

La paciente fue tratada con metotrexato, aunque en varios artículos se ve la eficacia de hidroxicloroquina, azatioprina o rituximab, aunque cuando hay resistencia a los mismos, el metotrexato es una opción eficaz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Patel R, Shahane A. The epidemiology of Sjögren's syndrome. Clin Epidemiol. 2014 Jul 30; 6:247-55. doi:10.2147/CLEP.S47399.PMID:25114590;PMCID:PMC4122257.

2. Mandel LM, Surattanont F. Bilateral parotid swelling: A review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 93: 221-37.
3. Freitas TMC, Medeiros AMC, OliveiraPT, LimaKC. Síndrome de Sjögren: revisão de literatura e acompanhamento de um caso clínico. *Ver Bras Otorrinolaringol* [Internet]. 2004 Mar; 70(2):283–8. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-72992004000200023>
4. Mandel LM, Orchowski YS. Using ultrasonography to diagnose Sjögren syndrome. *JADA* 1998; 129:1129-33.
5. Mariette X. Current and potential treatment for primary Sjögren syndrome *Joint Bone Spine* 2002;69: 363-6.
6. Santana NA de A, Sá I de P, Rocha Sobrinho HM da. Síndrome de Sjögren Primária: revisão sobre o diagnóstico e a imunopatologia. *REAS* [Internet]. 11out.2022 [citado28set.2023]; 15(10): e11001. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/11001>
7. Felberg S, Dantas PEC. Diagnóstico e tratamento da síndrome de Sjögren. *Arq Bras Oftalmol* [Internet]. 2006 Nov; 69(6): 959–63. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0004-27492006000600032>
8. Fox PC et al. Sjögren syndrome: A model for dental care in the 21st century. *JADA*1998; 129:719-27.
9. Pertovaara M, Pukkala E, Laippala P, Miettinen A, Pasternack A. A longitudinal cohort study of Finnish patients with primary Sjögren's syndrome: clinical, immunological and epidemiological aspects. *Ann Rheum Dis*. 2001; 60:467-72.
10. Roser Solans M, Labrador J, Bosch A. Etiopatogenia del síndrome de Sjögren. *Rev Esp de Medicina Clínica*. 2001;19(116):750-5.
11. Ramoscasals, M. “Síndrome de Sjogren.” *Clínic Barcelona*, Clínic Barcelona, 28May2019, www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/sindrome-desjogren/tratamiento#tratamiento-farmacologico-24. Accessed 10Sept. 2023.
12. Said F, Naceur I, Ben Achour T, Jeridi M, Ben Ghorbel I, Smiti M. Particularités du Syndrome de Sjögren chez le sujet âgé. *Tunis Med* [Internet]. 2024 [citado el 11 de julio de 2024];102(7). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38982967/>
13. Pugliesi A, Egypto DCS do, Duffles G, Cantali DU, Pasoto SG, Oliveira FR, et al. Recommendations on cutaneous and hematological manifestations of Sjögren’s disease by the Brazilian Society of Rheumatology. *Adv Rheumatol* [Internet]. 2024 [citado el 11 de julio de 2024];64(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38982553/>

14. Mukherjee S, Arjunan D, Bhadada S, Shaharyar A. Unusual presentation of Sjogren's syndrome. *BMJ Case Rep* [Internet]. 2024 [citado el 11 de julio de 2024];17(7):e256661. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38960417/>
15. Li Y, Zhang J, Liu X, Ganesan K, Shi G. Identification of inflammatory markers as indicators for disease progression in primary Sjögren syndrome. *Eur Cytokine Netw* [Internet]. 2024 [citado el 11 de julio de 2024];35(1):1–12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38909355/>
16. Saleem RA, Ramadan M, Elshaer Y, Sukkarieh H, Alissa R, Alhousseini N, et al. Laboratory features and pharmacological management of early and late-onset primary Sjögren's syndrome. *Rheumatol Int* [Internet]. 2024 [citado el 11 de julio de 2024];44(7):1317–25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00296-024-05626-0>
17. Brito-Zerón P, Retamozo S, Kostov B, Baldini C, Bootsma H, De Vita S, et al. Efficacy and safety of topical and systemic medications: a systematic literature review informing the EULAR recommendations for the management of Sjögren's syndrome. *RMD Open* [Internet]. 2019 [citado el 11 de julio de 2024];5(2):e001064. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/rmdopen-2019-001064>
18. Bai Y, Wang J, Feng X, Xie L, Qin S, Ma G, et al. Identification of drug targets for Sjögren's syndrome: multi-omics Mendelian randomization and colocalization analyses. *Front Immunol* [Internet]. 2024 [citado el 11 de julio de 2024];15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fimmu.2024.1419363>
19. Aldehaim AY, Alarfaj AS. Livedoid vasculitis in a patient with Sjogren syndrome successfully treated with methotrexate. *Clin Med Insights Case Rep* [Internet]. 2022 [citado el 11 de julio de 2024] ; 15:117954762210884. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/11795476221088489>