

Revista de la
Facultad de Odontología
de la Universidad de Cuenca

12
Edición
2020

Decana: Dra. Dunia Abad C.
Subdecana: Dra Andrea Carvajal E.
Editor: Dr. Cristian Abad C.



Publicación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca
Edición 2020. Número 12.

Decana: Dra. Dunia Abad C.

Subdecana: Dra Andrea Carvajal E.

Editor: Dr. Cristian Abad C.

Correo de Correspondencia: cristian.abad@ucuenca.edu.ec

***Revista de Publicación Anual Indexada
en LATINDEX***

Sistema Regional de Información en Línea
para Revistas Científicas de América
Latina, el Caribe, España y Portugal.

ISSN: 1390-0889

Editorial, Prólogo y Artículos publicados en la presente Revista de la
Facultad de Odontología son de exclusiva responsabilidad de sus
autores.

**Prohibida su reproducción total o parcial sin permiso de los autores o editor, y citas
correspondientes.**

Diseño y maquetación



CONTENIDO

- 02** Manejo estético del sector anterosuperior, reporte de un caso clínico.
- 08** Trastornos temporomandibulares relacionados a factores oclusales: revisión de la literatura.
- 14** Eficacia de la bacterioterapia probiótica para la prevención de caries dental: Una revisión sistemática de la literatura.
- 22** Análisis Comparativo de las mallas digitales entre dos tipos de sistemas de escaneado y sus sistemas operativos.
- 28** Estrategias de inmunización en caries dental: Alcances y limitaciones.
- 36** Tratamiento quirúrgico para la liberación de anquilosis de la articulación temporomandibular. Reporte de un caso clínico y revisión de la literatura.
- 40** Etapas del sueño y su importancia en Odontología.
- 44** Granuloma telangiectásico en Cavidad oral: informe de dos casos.
- 48** Síndrome de Sjogren secundario a enfermedad mixta del tejido conectivo. Reporte de caso.
- 51** Manejo endodóntico de una lesión endoperiodontal en un incisivo lateral maxilar con surco palatogingival: Reporte de caso.
- 54** Odontoma . Caso clínico.

Editorial

“ La perspectiva histórica de la Facultad de Odontología guía esta nueva publicación ”



La Pandemia ha sido un factor común en el desarrollo de la vida cotidiana de este tiempo, sin ser ajena para todos y cada uno de los actores de la academia, la ciencia y la divulgación.

Por ende, el desarrollo de investigaciones, obtención de resultados y los procesos de publicación han sido dificultosos. Sin embargo, vencer los obstáculos, hace más exitoso el resultado. Al entregar este nuevo número, me gratifica la colaboración de los docentes de la Facultad que han hecho posible la continuidad de la Revista de la Facultad de Odontología, afianzándose como el medio oficial de divulgación de las acciones académicas e investigativas de la institución a la que representamos. Incluso, en este convulso tiempo, es una herramienta que permite la titulación de estudiantes que han egresado de la carrera, cumpliendo a cabalidad el requisito de publicación de un artículo, como rezan las exigencias reglamentarias.

Haber mantenido viable esta publicación, se debe al apoyo irrestricto de la Decana de la Facultad, quien ha plasmado el esfuerzo realizado durante su gestión en la materialización de este y otros proyectos en beneficio de la Facultad. También es justo, reconocer el apoyo de la empresa privada del sector dental como es el caso de la empresa Prodentec que no ha escatimado recursos en promover esta publicación.

Publicar 12 números dan cuenta de la vigencia de nuestra Revista, su contenido la fortalece y su mantención es una enorme responsabilidad que la hemos asumido con enorme placer e ímpetu, en beneficio de uno los pilares de la academia y la vida universitaria en grado y posgrado, como es la generación del conocimiento.

Esperamos que el lector disfrute de este ejemplar y recabe la información que con tanto esmero, sus autores han plasmado en los distintos artículos publicados.

*Dr. Cristian Abad Coronel.
PhD.
Director de Publicaciones*

Prólogo



La Revista de la Facultad de Odontología es una publicación periódica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca que tiene como propósito

constituirse en el medio de difusión del quehacer científico en el ámbito de la Odontología a nivel local, nacional y por qué no internacional.

Uno de los objetivos de la investigación es dar a conocer a la comunidad científica, los resultados obtenidos en el proceso; para ello es fundamental contar con un medio de difusión y precisamente frente a esta necesidad de comunicar lo que en el campo de la Odontología se realiza, la Facultad no ha escatimado esfuerzo con el fin de mantener en el tiempo su órgano de difusión como lo es su revista, en la que docentes, estudiantes y profesionales tienen oportunidad de publicar sus manuscritos.

Ahora más que nunca, comunicar el quehacer científico es prioritario aprovechando los medios virtuales que han facilitado la información y la actualización; el esfuerzo realizado para elaborar los manuscritos en las condiciones de pandemia que hoy afectan a nivel mundial es loable y demuestra que las condiciones adversas constituyen un estímulo para quienes desean aportar al avance de la ciencia en pro del bienestar del ser humano particularmente de su salud y en este caso de la salud bucal.

Con mucha satisfacción la Facultad de Odontología pone a disposición de la comunidad odontológica su revista número 12, con artículos que abordan temas actuales y de mucho interés entre los que se incluyen manuscritos de estudiantes y docentes de Facultades de Odontología con las que se han suscrito convenios de cooperación académica durante este período de mi gestión al frente de la Facultad.

***Dra. Dunia Abad Coronel
DECANA DE LA FACULTAD
DE ODONTOLOGÍA.***

SÍNDROME DE SJOGREN SECUNDARIO A ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO. REPORTE DE CASO.

Autores

¹Laura Marín Alvarez, ²Erich López Aparicio, ³Jonathan Harris Ricardo.

¹Odontóloga. Residente de Estomatología y Cirugía Oral. Universidad de Cartagena, Colombia.

²Odontólogo. Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial. Magíster en Microbiología Clínica. Docente Universidad de Cartagena, Colombia.

³Odontólogo. Especialista en Estomatología y Cirugía Oral, Magíster en Microbiología Molecular. Docente Corporación Universitaria Rafael Núñez, Colombia.

Introducción

El síndrome de Sjögren (SS) es un trastorno autoinmune que se caracteriza por una alteración en las glándulas exocrinas especialmente glándulas salivares y lacrimales. Los signos y síntomas del SS se clasifican en glandulares que incluyen queratoconjuntivitis seca, xerostomía como síntomas cardinales y tumefacción de glándulas salivares mayores especialmente parótida, sequedad vaginal que conlleva a dispareunia; y síntomas extra glandulares inespecíficos como fatiga, debilidad, fenómeno de Raynaud, mialgia, xerosis ¹⁻².

Esta es una de las enfermedades reumatológicas más frecuentes, afectando entre el 0,5-1% de población; con una marcada predilección por el sexo femenino en una distribución de 9:1, suele aparecer entre la cuarta y sexta década de la vida ³. Aunque su etiología es desconocida, se ha relacionado con susceptibilidad genética, algunas infecciones virales, exposición a sustancias químicas, efecto hormonal entre otros.

Para el diagnóstico del SS, en el año 2012 el grupo de consenso americano - europeo planteo unos criterios diagnósticos basados en hallazgos clínicos, histológicos, serológicos y sintomatología referida por el paciente los cuales presentan una sensibilidad del 90% y una especificidad del 95%.

Dentro de las pruebas diagnósticas importantes se encuentra la tinción de Rosa Bengala que se realiza para detectar la presencia de queratoconjuntivitis seca. La biopsia de glándulas salivares menores, que es considerada el patrón de oro diagnóstico, debe arrojar como resultado histopatológico sialoadenitis linfocítica focal con > 1 foco/4 milímetros cuadrados; y, por último, la presencia de anticuerpos anti-RO, anti- LA y ANAS positivos ⁴. Otros hallazgos serológicos importantes son hipergammaglobulinemia, factor reumatoideo positivo, elevación de la velocidad de sedimentación, puede haber hasta en 20% de los pacientes presencia de crioglobulinas en suero.

Como el SS es una entidad de difícil diagnóstico, se debe realizar un cuidadoso análisis y descartar enfermedades y situaciones que pueden presentar manifestaciones clínicas similares a este, como son la sarcoidosis, amiloidosis, virus de la hepatitis C, así como el uso de medicamentos que puedan generar síndrome seco, lentes de contacto, hábitos como el tabaquismo y situaciones psicológicas como la ansiedad y la depresión también deben ser tenidas en cuenta como diagnósticos diferenciales del SS.

El tratamiento del SS no es curativo, su finalidad es el control sintomatológico y la prevención de aparición de complicaciones, para ello, se utilizan medidas generales como evitar ambientes secos, aumentar la ingesta de agua y de productos que estimulen la secreción salival, mantener una higiene dental adecuada con visitas frecuentes al odontólogo. Además de esto, se pueden emplear sialogogos y lágrimas artificiales. Para el control de la sintomatología extraglandular se recomienda el uso de AINES, esteroides a dosis bajas, inmunomoduladores como la cloroquina e inmunosupresores como la azatioprina ⁵.

El SS se puede clasificar como primario cuando aparece como entidad aislada y secundario cuando su aparición se da concomitante con otra enfermedad autoinmune generalmente artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y esclerosis sistémica, aunque raramente, se asocia otras enfermedades como es la enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC).

La EMTC corresponde a un trastorno autoinmune que se caracteriza por presentar superposición de síntomas de lupus eritematoso sistémico, esclerosis sistémica y polimiositis, esto, asociado con anticuerpos anti proteína ribonucleica (RNP). La EMTC es una enfermedad rara, su frecuencia varía de 0.1 a 0.6%, y es cuatro veces más frecuente en mujeres que en hombres. Dentro de las manifestaciones

clínicas comunes se encuentra el signo de Raynaud (70%) y afectación articular y muscular, así como factor reumatoide y anti-RPN positivos.⁶

El propósito del presente trabajo es describir la asociación entre el síndrome de Sjögren y la enfermedad mixta del tejido conectivo.

Presentación de caso

Paciente femenina de 29 años de edad, quien es admitida al servicio de urgencias del Hospital Universitario del Caribe por presentar parotiditis bilateral y cianosis de miembros superiores (fenómeno de Raynaud). Al examen físico se observó alopecia no cicatricial, conjuntivas pálidas, mucosa oral seca, tumefacción parotídea bilateral, xerosis cutánea con esclerodactilia (Figura 1), lesión descamativa en zona de maléolos internos. Murmullo vesical conservado, ruidos cardiacos simétricos, abdomen blando y depresible. Se decidió hospitalizar por el servicio de medicina interna por presencia de manifestaciones difusas de enfermedad autoinmune y se inició tratamiento con antibióticos y corticoides.



Figura 1A y 1B. Xerosis cutánea y esclerodactilia

Posteriormente, se solicitó interconsulta por el servicio de estomatología y cirugía oral para valoración de la parotiditis bilateral, en la anamnesis, la paciente comenta como antecedentes de importancia que la tumefacción parotídea es repetitiva afectando principalmente el lado derecho desde hace aproximadamente 1 año con ausencia de otra sintomatología. Al examen físico se observó tumoración bilateral en región parotídea, de consistencia firme a la palpación, la piel se aprecia enrojecida, leve dolor a la palpación (Figura 2A y 2B). En la exploración intraoral se evidenció hipometría de 30mm, conductos de Stensen permeables, con disminución del flujo salivar y mucosa seca. Se descarto origen infeccioso, como impresión clínica se sugirió sialoadenitis crónica y se suspendió la terapia antibiótica.



Figura 2A y 2B. Tumefacción parotídea bilateral, consistencia firme a la palpación.

Se realizó ecografía de glándulas parótidas donde arrojó como resultado parótida con aumento de tamaño heterogéneo, se ordenó también resonancia magnética donde se evidenció contorno normal de la glándula con sialosis, presencia de pequeñas imágenes hiperintensas en influencia de T2 por formaciones microquísticas o ectasias ductales (Figura 3).

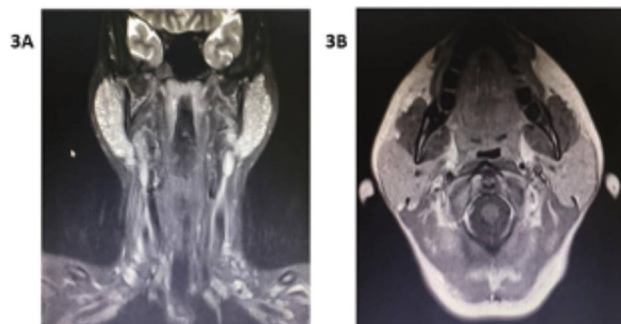


Figura 3A Corte coronal y 3B corte axial. Resonancia magnética en T2, con contorno normal de la glándula con sialosis, presencia de pequeñas imágenes hiperintensas en por formaciones microquísticas o ectasias ductales.

En radiografía de tórax se observó silueta cardiaca normal, pulmones simétricos, estructuras óseas y blandas que conforman la caja torácica no demuestran alteraciones (Figura 4). En los resultados de laboratorio se obtuvo ANA positivo en patrón moteado título 1/1280, anti DNA 342 U/ml, Anti SS-A (RO) 19.5 u/ml, Anti-SS-B (LA) 6.85 u/ml, CK total 1431 U/L.



Figura 4. Radiografía de tórax en la que se observó silueta cardiaca normal, pulmones simétricos, estructuras óseas y blandas que conforman la caja torácica no demuestran alteraciones.

Por parte del servicio de cirugía maxilofacial, se realizó biopsia de glándula salivar menor en labio inferior, donde el resultado histopatológico arroja sialoadenitis crónica leve no específica con focal score de ≤ 1 . Para el diagnóstico de síndrome de Sjögren secundario, se realizó una estrecha correlación con la clínica y con la serología en la cual, se obtuvo ANA, anti-RO y anti-DNA positivos.

La paciente es diagnosticada con enfermedad mixta del tejido conectivo según los criterios de Kasukawa y Alarcón - Segovia, cumpliendo todos los criterios clínicos y síndrome de Sjögren secundario. Se insta una terapéutica conjunta con el servicio de medicina interna con esteroides e inmunomoduladores, así como, modificación de hábitos, obteniendo resultados positivos.

Discusión

El síndrome de Sjögren es un desorden autoinmune que se caracteriza por una alteración en las glándulas exocrinas con manifestaciones glandulares como xerostomía, xeroftalmia, parotiditis, así como daños a otros órganos y tejidos; cuando está acompañada de otra condición autoinmune, se le denomina SS secundario.

Morrondo y cols en una revisión de literatura, destacan que el síndrome de SS tiene una mayor incidencia en mujeres jóvenes con una edad media de 30 años o postmenopáusicas; como signos y signos predominantes del SS se reporta xerostomía, sensación de cuerpo extraño en los ojos, xerostomía, ulceración de mucosa oral, disgeusia, sequedad vaginal, xerosis cutánea, sequedad nasal; como signos extra glandular el principal con una incidencia del 50% se destacan las afectaciones al sistema musculoesquelético caracterizado por artritis y artralgia y se destaca también, el signo de Raynaud⁷; el presente caso coincide con los datos epidemiológicos ya que se trata de una mujer de 29 años de edad, además, la presentación clínica también es coincidente ya que la paciente presentó signo de Raynaud, xerostomía, sensación de sequedad ocular, xerosis cutánea y artralgia. Los signos oculares, así como la afectación de las glándulas del tracto respiratorio no estaban presentes en este reporte de caso.

La parotiditis crónica recurrente, tiene un rol importante como uno de los principales signos debut del SS. Ladino y cols, destacan que éste signo es común en niños con una frecuencia de ocurrencia del 47%, mientras que la frecuencia en adultos se estima entre el 18 al 46%⁸; en el actual reporte a pesar de que la paciente presenta edad adulta, se observó tumefacción bilateral en parótidas, de consistencia firme a la palpación, con disminución del flujo salivar; quien, además, tiene antecedentes de tumefacción parotídea a repetición con predominancia del lado derecho durante el último año.

En cuanto los exámenes paraclínicos, según Riega-Torres y cols, el factor reumatoideo es positivo en un 40-50% de las personas afectadas por SS, los ANA con patrón moteado están positivos en 40-90% de los pacientes; en cuanto anti-RO y anti-LA que son los anticuerpos que más favorecen el diagnóstico del SS están presentes en un 50-90% de los sujetos, esta variación se da principalmente por el estadio en el cual se encuentre la información así como el curso del SS con otra enfermedad autoinmune.⁴ Al contrastar los hallazgos serológicos obtenidos en el presente, se evidenció clara concordancia con el valor positivo del factor reumatoideo, ANA con patrón moteado y anti-RO positivo; mientras que se reportó resultado negativo para anti-LA; lo cual, puede explicarse por la presencia de EMTC.

Según Hajiabbasi y cols la artritis reumatoidea es la enfermedad autoinmune que se asocia con mayor frecuencia con el SS, también, puede estar asociado con lupus eritematoso sistémico, esclerodermia y cirrosis

biliar.⁹ En cuanto la asociación de SS y EMTC, esta es una condición rara. Según el estudio de cohorte realizado por Patombong y cols, en los resultados reportaron una relación de la EMTC con SS de un 4%¹¹

Referencias

1. Serrano J, López-Pintor RM, González-Serrano J, Fernández-Castro M, Casañas E, Hernández G. Oral lesions in Sjögren's syndrome: A systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2018;23 (4):391-400.
2. Tsukamoto M, Suzuki K, Takeuchi T. Clinical and Immunological Features of Anticentromere Antibody-Positive Primary Sjogren's Syndrome. *Rheumatol Ther*. 2018; 5(2):499-505.
3. Argyropoulou E, Valentini F, Leone G, Cafaro E, Bartoloni C, Baldini. One year in review 2018: Sjögren's syndrome. *Clin Exp Rheumatol* 2018; 36 (112): 14-26.
4. Riega J, Villarreal A, Ceceñas L, Salas J. Síndrome de Sjögren, revisión del tema y saliva como método diagnóstico. *Gac Med Mex*. 2016; 152 (3):371-80
5. Kundi M, Assad S, Babar S, Ghani U, Hammad S, Sheikh A, Kundi K, Sheikh A. Mixed Connective Tissue Disorder Complicated by Polymyositis, Sjogren's Syndrome, Pleural Effusion and Pericarditis. *Cureus*. 2016; 8(12):906-013
6. Suárez LM. Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo de inicio en la Infancia. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son* 2017; 34(1): 44-47
7. Morrondo C, Lema J, Alvarez N, Atanes A, De Toro F, Pinto J, Galdo F. Aspectos actuales del síndrome de Sjogren: etiopatogenia, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento. *Semin Fund Esp Reumatol*. 2010;11(2):70-76
8. Ladino M, Gasitulli A, Campos X, Síndrome de Sjögren. Caso clínico *Rev Chil Pediatr*. 2015;86(1):47-51
9. Hajiabbasi A, Masooleh I, Alizadeh Y, Banikarimi A, Parsa P. Secondary Sjogren's Syndrome in 83 Patients With Rheumatoid Arthritis. *Acta Med Iran*, 2016;54(7):448-453.
10. Patombong U, Crowson C, Chowdhary V, Ernste F, Moder K, Matteson E. Epidemiology of Mixed Connective Tissue Disease 1985-2014: A Population Based Study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2016; 68 (12): 1843-1848.