

SÍNDROME SECO

- Evelyn Muñoz, MD. Médico Rural en Investigación. Unidad de Reumatología.
- Gabriel J. Tobón, MD-PhD. Médico Internista-Reumatólogo. PhD en inmunología.

¿QUÉ ES EL SÍNDROME SECO?

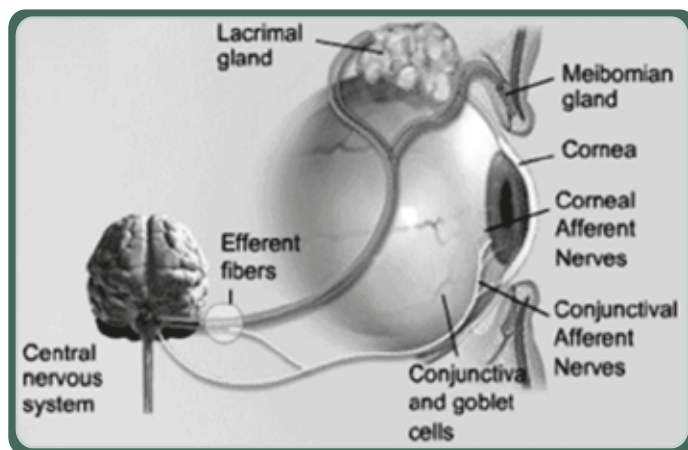
Se conoce como **SÍNDROME SECO** al conjunto de manifestaciones clínicas relacionadas con la sensación de sequedad ocular y sequedad bucal denominadas en medicina como *keratoconjuntivitis sicca* y *xerostomía*, respectivamente. **SÍNDROME SECO** es un problema clínico común, a tal punto que alrededor de 3.23 millones de mujeres y 1.68 millones de hombres de más de 50 años en los Estados Unidos padecen de ojo seco, y decenas de millones pueden tener síntomas menos severos dependientes de condiciones adversas del medio, como la contaminación ambiental. Así mismo la boca seca, que antes se creía exclusiva de los pacientes de la tercera edad, se ha demostrado que puede afectar entre el 20% y 40% de la población general. Ambas manifestaciones pueden presentarse en conjunto o de forma individual según la causa desencadenante.

A continuación se expone por separado los dos síntomas, de acuerdo con sus causas, presentación clínica y tratamientos.

SÍNDROME DE OJO SECO

La *Keratoconjuntivitis sicca* o síndrome de ojo seco, ha sido definido como una enfermedad de la lágrima y la superficie ocular causada por múltiples factores que resultan en síntomas de malestar, sensación de tener "arena" dentro de los ojos, alteraciones visuales e inestabilidad de la película lacrimal con daño potencial e inflamación de la superficie ocular.

Para comprender un poco mejor la presencia del ojo seco debemos conocer la estructura encargada de la producción de lágrimas. La unidad funcional lacrimal incluye las glándulas lagrimales, la superficie ocular (cornea y conjuntiva), los párpados, las glándulas de Meibomio y los nervios motores y sensitivos asociados como lo ilustra la figura. (Figura N. 1)



La lágrima se compone de tres capas; una capa mucosa, una capa acuosa y una lipídica: El componente mucoso de la lágrima es la capa más interna, esta contiene una sustancia llamada mucina.

El componente acuoso, la porción más importante de la lágrima, descansa sobre la capa mucosa. Esta capa es la producida por las glándulas lagrimales. Está compuesta por agua y electrolitos, proteínas antibacterianas, lactoferrina e inmunoglobulinas (especialmente Inmunoglobulina A), vitaminas (particularmente la vitamina A que se requiere para el mantenimiento de la córnea) y factores de crecimiento.

El componente lipídico recubre la capa acuosa y es la capa más externa de la película lagrimal. Lo producen unas glándulas, que se abren hacia el borde del párpado, justo detrás de las pestañas.

Las funciones de las diferentes capas incluyen:

- Lubricación de la superficie ocular y los párpados.
- Proveer suavidad a la superficie ocular.
- Suplir de oxígeno, electrolitos y nutrientes necesarios a la superficie ocular.
- Retirar material extraño y microbios de la superficie ocular.
- Proteger contra elementos patógenos mediante la producción de sustancias antibacterianas.
- Promover el mantenimiento del tejido y la cicatrización de las heridas.
- Estimular la proliferación y diferenciación de células epiteliales de la superficie ocular.
- Desacelerar la evaporación de las lágrimas.
- Prevenir su desbordamiento y sellar los bordes de los párpados durante el sueño.

FACTORES DE RIESGO QUE PRESENTA EL OJO SECO

Como se mencionó en el párrafo anterior, hay múltiples componentes encargados de la producción y mantenimiento de las lágrimas. Así, las alteraciones de uno o varios de estos factores pueden generar la deficiencia lacrimal y los síntomas derivados de ésta.

Los principales factores de riesgo en esta enfermedad son:

- Edad avanzada.
- Sexo femenino.
- Terapia con estrógenos después de la menopausia.
- Dieta baja en ácidos grasos omega-3 y ácidos grasos esenciales.
- Uso de lentes de contacto.
- Cirugía refractiva.
- Deficiencia de vitamina A.
- Medicamentos tópicos oftálmicos de uso prolongado.
- Trasplante de médula ósea.
- Enfermedades como Hepatitis C, enfermedades autoinmunes, SIDA, y ciertas clases de medicamentos sistémicos.

Otras condiciones medioambientales como la baja humidificación, altas temperaturas, el viento, el uso de ventilador y el aire acondicionado constante incrementan la evaporación precoz de la lágrima. La gran contaminación del aire, así como el humo del tabaco también puede causar irritación y empeoramiento de los síntomas.

ETIOLOGÍA (CAUSAS)

Cualquier alteración existente en la unidad funcional lagrimal o en uno de los componentes de la lágrima puede ocasionar un ojo seco. Existen múltiples situaciones capaces de generar esta manifestación. A continuación se resumen las diferentes causas agrupadas en dos categorías: déficit acuoso (disminución de la producción y contenido de agua) y causa evaporativa (lágrimas más frágiles que se evaporan con mayor facilidad):

DÉFICIT ACUOSO	SÍNDROME DE SJÖGREN	<ul style="list-style-type: none"> • Primario: Es una enfermedad autoinmune (de las defensas) que afecta glándulas salivales y lagrimales generando disminución de la producción de saliva y lágrimas. • Secundario: Se manifiesta de forma similar a la enfermedad primaria, pero se relaciona con otras enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico y la esclerodermia entre otros.
	CAUSAS DIFERENTES AL SÍNDROME DE SJÖGREN	<ul style="list-style-type: none"> • Glándula lagrimal insuficiente: <ul style="list-style-type: none"> -Primaria. Ausencia congénita (de nacimiento) de la glándula lagrimal; o cambios relacionados con la edad Secundaria. Causada por diversas enfermedades como linfoma o la infección por el virus del SIDA. • Obstrucción del conducto lagrimal: Por enfermedades que producen cicatrices a este nivel como quemaduras en regiones cercanas al ojo o pénfigo cicatrizal (lesiones de la piel). • Bloqueo sensorial: Cualquier causa que disminuya la sensación corneal (Cirugías, lentes de contacto, diabetes mellitus, infecciones.). Bloqueo Motor: Secundario a daño del VII nervio craneal (por algunos medicamentos).
CAUSA EVAPORATIVA		<ul style="list-style-type: none"> • Afección de las glándulas de Meibomio (que producen la parte lipídica de la lágrima): Por enfermedades o medicamentos • Alteraciones anatómicas que generan incongruencia entre los párpados y ojo. • Alteración en la composición de la lágrima. Deficit en alguna de las tres capas que la componen; mucinosa, acuosa o lipídica.

El déficit acuoso se subdivide en síndrome de Sjögren y causas diferentes al síndrome de Sjögren. El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune multisistémica (varios órganos afectados), donde las defensas de nuestro propio organismo atacan y destruyen progresivamente las glándulas lacrimales y salivares,

sustituyendo el tejido glandular por adipocitos (tejido graso) y fibroso (cicatrices) ocasionando un síndrome seco debido a la disminución de la producción de lágrimas y saliva.

Es importante aclarar que no siempre hay una sola causa relacionada en un paciente, por el contrario existe gran relación entre algunas de ellas y llevan una a la otra. Por ejemplo, el uso de lentes de contacto puede llevar a una disminución de la sensibilidad corneal que reduce la necesidad de parpadeo y por tanto aumenta la evaporización de la lágrima.

SÍNTOMAS ASOCIADOS A LA KERATOCONJUNTIVITIS SICCA

Los principales síntomas manifestados por los pacientes son: sequedad ocular, picazón, sensación de cuerpo extraño o “arena” en los ojos, dolor o malestar, quemazón, aumento del parpadeo, fatiga ocular, intolerancia a la luz (fotofobia), visión borrosa, enrojecimiento, secreción mucosa, excesivo lagrimeo, e intolerancia a los lentes de contacto.

DIAGNÓSTICO

Actualmente no existe un criterio uniforme para su diagnóstico. Un examen físico minucioso enfocado a la piel y borde de los párpados, las pestañas y el aumento anormal de las glándulas lacrimales es necesario, y buscar las alteraciones anteriormente mencionadas. También se han empleado las combinaciones de los distintos exámenes diagnósticos, los cuales buscan determinar lesiones en la superficie corneal o conjuntival, determinar la estabilidad de la lágrima y la secreción lacrimal en respuesta a un estímulo artificial, entre otros. El diagnóstico objetivo de keratoconjuntivitis sicca debe ser hecho por un oftalmólogo.

TRATAMIENTO

El objetivo principal en el tratamiento es mejorar la calidad de vida del paciente aliviar sus síntomas, y retornar la superficie ocular y la película lacrimal a un estado lo más cercano posible a la normalidad. Las lágrimas artificiales se usan para humedecer la superficie ocular, y constituyen el tratamiento principal. También se pueden utilizar geles lubricantes, tratamientos inmunosupresores (para controlar la alteración del sistema inmune) locales y en algunos casos el taponamiento del conducto lacrimal. La modalidad de manejo la debe recomendar un médico especialista en oftalmología.

XEROSTOMÍA O BOCA SECA

Por otra parte, la Xerostomía es el nombre médico que recibe la sensación subjetiva de sequedad bucal por disminución de la saliva, (también denominada hiposalivación o asialorrea) provocada por el mal funcionamiento de las glándulas salivales. Las estructuras encargadas de la producción de saliva son las glándulas salivares, que pueden dividirse en mayores y menores.

En el cuerpo existen tres glándulas salivares mayores responsables de la fabricación de la saliva, la Glándula parótida, la Sublingual y la Submandibular (Representadas en la Figura). Estas tres glándulas tienen canales o conductos que vierten la saliva producida en la cavidad bucal.



(Figura N.2)

La saliva es un líquido transparente, de viscosidad variable, compuesto sobre todo por agua, sales minerales y algunas proteínas que disuelven los alimentos y destruyen las bacterias de los alimentos.

Dentro de las funciones principales de la saliva están la protección de la cavidad bucal, el evitar enfermedades dentarias, gingivales y de la mucosa oral; Una función digestiva participa en la formación del bolo alimenticio y su disolución, así como su fácil deglución; y una función sensitiva ya que ayuda a conservar el sentido del gusto.

CAUSAS DE LA XEROSTOMÍA

Se han relacionado algunos hábitos con la aparición de xerostomía, tales como el alcoholismo, el tabaquismo y el mal aseo bucal, sin embargo, al hablar de causas se pueden mencionar etiologías mucho más específicas. A continuación se presenta un cuadro resumen de las principales causas de xerostomía.

INDUCIDA POR MEDICAMENTOS (APROXIMADAMENTE 400 MEDICAMENTOS)

- Antidepresivos tricíclicos
- Antiespasmódicos
- Neurolépticos
- Inhibidores de la MAO
- Agentes antiparkinsonianos
- Litio
- Diuréticos
- Descongestionantes nasales
- Antihistamínicos
- Broncodilatadores

ENFERMEDAD DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES

- Síndrome de Sjögren
- Amiloidosis (enfermedad causada por el depósito anormal de una proteína)
- Enfermedad granulomatosa (en las muestras de tejidos se observan grupos de células específicas llamados granulomas, que pueden ser causados por infecciones o enfermedades no infecciosas
 - * Sarcoidosis (enfermedad no infecciosa)
 - * Tuberculosis
 - * Lepra
- Hepatitis C
- Cirrosis biliar
- Fibrosis quística
- Diabetes mellitus
- Agnesia (ausencia) glandular

OTRAS CAUSAS

- Radiación en cabeza y cuello
- Quimioterapia
- Cirugía de glándula salival
- Hemocromatosis
- Enfermedad de Wegener
- Infección por VIH
- Parotiditis (viral o bacteriana)
- Depresión severa

SÍNTOMAS ASOCIADOS

Algunos de los síntomas más frecuentes de esta alteración son:

- Sensación de ardor y dolor en la lengua.
- Boca reseca, aumento de la sed, halitosis.

- Aparición de fisuras en la comisura de los labios.
- Dificultad para hablar.
- Dificultad para masticar y deglutir.
- Aumento del número de caries.

Uno de los primeros signos que observan los pacientes son cambios en las características de la saliva, la cual se torna espumosa y viscosa.

DIAGNÓSTICO

Es importante una buena historia clínica y el examen intra - extra oral que realiza el médico, determinando factores de riesgo, deterioro de las unidades dentales, consistencia de las glándulas salivares y manifestaciones sistémicas obteniendo aspectos críticos para realizar el diagnóstico.

Existen pruebas específicas para examinar el flujo salival como son:

La sialografía que permite determinar si los conductos salivares están permeables o no.

La sialometría que mide la cantidad de saliva estimulada y no estimulada, tanto la total como la de alguna de las glándulas en particular.

La biopsia de las glándulas salivares mayores o menores, que se requiere en algunos casos particulares ya que permite observar la presencia de infiltrados inflamatorios, destrucción acinar, dilatación de los conductos salivares con material mucosos espeso y algunas veces fibrosis.

El ultrasonido la resonancia magnética y la tomografía computarizada son pruebas que también se pueden utilizar para el diagnóstico de enfermedades en las glándulas salivares.

TRATAMIENTO

Al determinar el tratamiento, es importante que el médico enfatice en ciertos hábitos de vida, como mantener una perfecta higiene bucodental, incluyendo visitas regulares al odontólogo, limitar el consumo de alimentos con azúcares refinados, sobre todo entre comidas, evitar el alcohol y, particularmente, el tabaco.

Además, evaluar la posibilidad de reducir, sustituir o suprimir la ingesta de ciertos fármacos causantes de xerostomía, y consulta previa con su médico de cabecera.

Cuando existe función residual de las glándulas salivales, la masticación es un estímulo efectivo para estimular el flujo salival, en este caso se le indica al paciente el consumo de alimentos duros (zanahorias) o semillas de fruta en la boca (huesos de cereza o de aceituna). Los chicles sin azúcar, que contengan sorbitol o xilitol, pueden proporcionar beneficios inmediatos aumentando el flujo salival.

Existen también los estimulantes salivares (secretagogos) de los cuales el más empleado es la pilocarpina, una droga estimuladora de la glándula salival, que ha sido empleada desde hace 100 años.

El flujo salival aumenta a los 15 minutos de administrada la droga y mantiene su efectividad por un período de 1 a 2 horas.

Los Sustitutos de saliva o saliva artificial están reservados para pacientes desprovistos de parénquima salival funcional o que no pueden responder a la estimulación.

Estos componentes sustituyen las glucoproteínas de la saliva. Se usan enjuagues humectantes como soluciones acuosas con glicerina, vaselina y parafina líquida a 50 % en solución acuosa, así como una adecuada ingesta de agua.

Se ha utilizado también la estimulación eléctrica, donde un dispositivo eléctrico estimula el sistema nervioso aferente de la boca y la faringe e induce un aumento en la secreción salival.

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE LOS SÍNTOMAS SECOS OCULARES Y BUCALES.

- Evitar el consumo de alimentos secos y azucarados.
- Después de cada comida, cepillarse los dientes de forma cuidadosa con un cepillo suave, para evitar el desarrollo de caries.
- Utilizar seda dental por lo menos una vez al día.
- Usar de forma regular enjuagues bucales que son también recomendables para evitar infecciones bucales.
- Evitar permanecer en ambientes secos y excesivamente contaminados, así como el aire acondicionado.
- Evitar en lo posible estar cerca a ventiladores, lugares con viento y polvo, y el humo del tabaco.
- Utilizar gafas protectoras durante el día.
- Mantener la boca húmeda bebiendo con frecuencia agua durante el día.
- Evitar el consumo de alcohol y limitar el consumo de bebidas que contengan cafeína.
- Algunos fármacos pueden producir o empeorar los síntomas de sequedad. Pregunte a su médico cuál es la conducta que se debe seguir para mejorar estas molestias.

SÍNDROME DE SJÖGREN: ¿CUÁNDO SE SOSPECHA Y QUÉ HACER?

Una mención especial requiere el Síndrome de Sjögren como causante de síndrome seco. El primer aspecto importante para retener, es que sólo un porcentaje bajo de pacientes con síndrome seco presentan esta enfermedad. Es decir que los síntomas son causados por una o varias de las causas mencionadas previamente.

Algunas características asociadas pueden sugerir que los síntomas de ojo y boca seca son producidos por el síndrome de Sjögren, como la presencia de dolores o inflamación articular asociada, presencia de enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoidea o el hipotiroidismo, entre otras.

Para poder diagnosticar el síndrome seco como síndrome de Sjögren se necesita una prueba positiva de dos asociada con las manifestaciones secas:

1. Presencia de anticuerpos (defensas) en la sangre características de la enfermedad, llamados anti-Ro o anti-La.
2. Presencia de infiltrado inflamatorio (células inflamatorias) en una muestra tomada de biopsia de glándula salivar menor. Sin una prueba específica positiva, no debe hablarse de síndrome de Sjögren y en estos casos se utiliza sólo la denominación de SINDROME SECO.

El enfoque terapéutico es diferente en el síndrome de Sjögren. Si bien para los síntomas secos se utilizan los mismos métodos expuestos anteriormente, es posible que se deban utilizar fármacos que modulen la respuesta inmune, como los esteroides, la cloroquina/hidroxicloroquina, entre otros.

Ante la sospecha de sufrir un síndrome seco o un síndrome de Sjögren es conveniente acudir al médico reumatólogo, para hacer el proceso diagnóstico y terapéutico.

En la Fundación Valle del Lili, existe un grupo especializado en el estudio y manejo del síndrome de Sjögren así como en el desarrollo de proyectos de investigación que permitan conocer más sobre esta enfermedad.

Comité Editorial:

- Dra. Marcela Granados
- Dra. Karen Feriz
- Dra. Diana Prieto
- Dr. Pablo Barreto
- Dra. Zamira Montoya
- Dr. Jaime Orrego
- Dr. Jorge Madriñán
- Dr. César Augusto Arango
- Dra. Marisol Badiel
- Dr. Carlos Alberto Cañas
- Óscar A. Escobar
- ND. Martha Ligia López de Mesa
- Enfermera Ma. Elena Mosquera
- Enfermera Julia Alba Leal

Los conceptos y opiniones contenidos en los artículos de la Carta de la Salud, corresponden únicamente al de los autores y editorialistas. Esta publicación pretende mejorar su información en temas de la salud en general. Las inquietudes que se relacionen con su salud personal, deben ser consultadas y resueltas con su médico.

Dirección: Carta de la Salud - Fundación Valle del Lili - Cr. 98 # 18-49 - Tel.: 331 9090 - Santiago de Cali
e-mail: cartadelasalud@fcvl.org • citas: centraldecitas@fcvl.org

Esta publicación de 40.000 ejemplares, es cortesía de:



El País

FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI
Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI
UNIDAD DE APOYO SOCIAL