

**POLICLÍNICO DOCENTE
"SANTA CLARA"
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE SJÖGREN Y EL OJO SECO.

Por:

Dra. María Elena Artilles Monteagudo¹, Dra. Carol Cardet Sánchez², Dr. Francisco Rodríguez Denis³, Dra. Ana Cecilia Valdés Borroto⁴ y Dra. Annelice Placencia Lastayo⁵

1. Especialista de I Grado en Oftalmología. Policlínico "Santa Clara".
2. Residente de Oftalmología. Hospital "Arnaldo Milián Castro".
3. Especialista de I Grado en Oftalmología. Hospital "Arnaldo Milián Castro".
4. Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Consultorio Médico de la Salud de Manicaragua.
5. Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Hospital "Arnaldo Milián Castro".

Resumen

Se realizó un estudio prospectivo a nueve pacientes que presentaban un diagnóstico de queratoconjuntivitis seca, con dos años o más de evolución, con el objetivo de determinar la posible relación entre el ojo seco y el síndrome de Sjögren. Estos pacientes, a pesar del tratamiento médico del oftalmólogo, no tuvieron una evolución satisfactoria. Se investigaron seis mujeres y tres hombres, mayores de 30 años. Del total de pacientes estudiados, cuatro eran atendidos, al llegar a nuestra consulta, por la especialidad de Reumatología; dos de ellos presentaban un diagnóstico de artritis reumatoidea. A todos los pacientes se les realizó prueba de Schirmer, y posteriormente fueron remitidos a la consulta de cirugía maxilofacial, donde se les tomó una muestra de la mucosa labial inferior. Se evaluaron los hallazgos histológicos obtenidos en las biopsias realizadas, que en cuatro de los pacientes estuvo en correspondencia con el síndrome de Sjögren.

Descriptor DeCS:

SINDROME DE SJOGREN
SINDROMES DE OJO SECO

Subject headings:

SJOGREN'S SYNDROME
DRY EYE SYNDROMES

Introducción

El concepto de ojo seco ha cambiado a lo largo de la historia. En tiempo de Hipócrates, el término xeroftalmia (en griego, ojo seco) se aplicaba sólo a los que tenían una sequedad absoluta de la superficie ocular, con ceguera corneal. Hace aproximadamente un siglo que aparecieron nuevos términos para designar ciertas situaciones de la superficie ocular, en las que a veces se detectaba mayor o menor sequedad ocular, y que se denominaron por síntomas y signos, tales como: queratitis punctata, queratitis filiforme, queratopatía filamentosa, queratitis seca y queratoconjuntivitis seca. En los dos últimos tercios del pasado siglo se asumió que la mayoría de los ojos secos eran síndromes de Sjögren, cuyo significado también fue cambiando a lo largo de los años, y las otras causas quedaron minusvaloradas o ignoradas¹.

El síndrome de Sjögren es una exocrinopatía autoinmune inflamatoria crónica, de progresión lenta y causa desconocida, que afecta las glándulas salivales y lagrimales, y provoca una disminución de la secreción que desencadena los síntomas mayores del mismo: xerostomía y queratoconjuntivitis seca; puede asociarse a síntomas derivados de la sequedad de otras mucosas del organismo, como: nasal, laríngea, traqueal, bronquial o vaginal². Esta enfermedad tiene un predominio en el sexo femenino y en la sexta década de la vida^{3,4}.

Ante la sospecha del cuadro descrito, se debe realizar la prueba de Schirmer, que aún cuando no diagnostica la enfermedad, el hecho de que sea positiva, es muy importante para el diagnóstico definitivo; éste se realiza mediante el examen histológico de una muestra de la mucosa bucal, ya que las glándulas salivales y lagrimales son el punto de asiento de los infiltrados linfocitario y plasmocitario, que se localizan entre los lóbulos y canalículos excretores, para después extenderse y disociar los acinis. Las células glandulares y epiteliales de los canalículos son destruidas de forma progresiva y remplazadas por tejido conjuntivo. Estos datos proporcionan un elemento diagnóstico fundamental^{5,6}.

Considerando que la incidencia de esta entidad es frecuente en nuestro medio, decidimos realizar esta investigación en un grupo de pacientes con cuadro de queratoconjuntivitis de evolución tórpida y que, además, presentan manifestaciones de dolor articular, con el objetivo principal de determinar la relación entre el ojo seco y el síndrome de Sjögren.

Métodos

Se realizó un estudio prospectivo a nueve pacientes con diagnóstico de queratoconjuntivitis, que tenían dos años de evolución aproximadamente, en los cuales persistieron los síntomas de sensación de cuerpo extraño, fotofobia y secreciones; fueron atendidos en la consulta de Oftalmología del Policlínico docente "Santa Clara", de la ciudad del mismo nombre, provincia Villa Clara, en el período comprendido entre octubre de 1998 y agosto de 1999.

A los pacientes se les realizó un examen oftalmológico con la determinación de la agudeza visual, previa corrección óptica, mediante un proyector Nidek cp 500 (japonés). Con la instilación de fluoresceína sódica al 2 %, se confirmó la presencia de un punteado superficial en el epitelio corneal, para lo cual se utilizó una lámpara de hendidura Opton (alemana); asimismo, se confirmó la presencia de secreción blanco-amarillenta densa y adherente en el canto interno de los párpados.

Las variables fundamentales del estudio, que responden a los objetivos planteados, son: la edad, la cual se clasificó en: 30-44 años, 45-59 años, 60 años y más; además, el sexo y los resultados de la prueba de Schirmer, que se tomó como positiva en todos los pacientes en los cuales la tira de papel de filtro (de 25 mm de largo por 5 mm de ancho) se humedeció menos de 10 mm durante cinco minutos, después de colocado en el fondo del saco conjuntival inferior, sin instilación de colirio anestésico.

Una vez realizada la prueba de Schirmer, se procedió a practicar la biopsia de la mucosa bucal a todos los pacientes estudiados; para ello se hizo una línea incisional en la misma de 1 a 3 mm de longitud. La muestra fue analizada luego de los procedimientos habituales a través del microscopio óptico, para buscar las alteraciones características de la enfermedad, que confirman como biopsias positivas el encontrar en las glándulas salivales un grupo de infiltrados linfocitarios con atrofia acinar en hipertrofia de las células epiteliales y mioepiteliales ductales, así como múltiples agregados de linfocitos que sustituyen al tejido acinar; además, se estudió la valoración por el especialista en Reumatología.

Resultados

En este estudio se encontró que de nueve pacientes atendidos, 6 (66,67 %) pertenecían al sexo femenino; el grupo de edad que predominó para ambos sexos fue el rango de 60 años y más, con cuatro para el femenino y dos para el masculino (tabla 1).

Tabla 1 Distribución según edad y sexo.

Edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%		
30-44 años	1	100,00	0	0,00	1	100,00
45-59 años	1	50,00	1	50,00	2	100,00
60 años y más	4	66,67	2	33,33	6	100,00
TOTAL	6	66,67	3	33,33	9	100,00

Fuente: Formulario.

Los resultados de la prueba de Schirmer (tabla 2) reflejan que siete pacientes presentaron una prueba positiva, para 77,78 %.

Tabla 2 Resultados de la prueba de Schirmer.

Resultados de la prueba de Schirmer	No.	%
Positiva	7	77,78
Negativa	2	22,22
TOTAL	9	100,00

Fuente: Formulario.

La tabla 3 muestra la relación entre la prueba de Schirmer y el resultado de la biopsia de la mucosa. Es de destacar que en seis de los pacientes estudiados coincidieron ambos resultados, al ser positivos. Aun cuando la prueba diagnóstica sigue siendo la biopsia de la mucosa bucal, la prueba de Schirmer es de gran valor para orientar el diagnóstico en estos pacientes.

Tabla 3 Relación entre la prueba de Schirmer y la biopsia de la mucosa.

Resultado de la biopsia	Resultado de la prueba de Schirmer				Total	
	Positivo		Negativo		No.	%
	No.	%	No.	%		
Positivo	6	85,71	1	50,00	7	77,78
Negativo	1	14,29	1	50,00	2	22,22
TOTAL	7	100,00	2	100,00	9	100,00

Fuente: Formulario.

Con relación a la valoración de los pacientes por consulta de Reumatología (tabla 4), se obtuvo que de nueve pacientes estudiados, 55,56 % habían sido valorados por la especialidad previo a la consulta de Oftalmología.

Tabla 4 Valoración de los pacientes por consulta de Reumatología.

Valoración por Reumatología	No.	%
Sí	5	55,56
No	4	44,44
TOTAL	9	100,00

Fuente: Formulario.

Discusión

En nuestro estudio, la edad de mayor presentación de la enfermedad, al igual que el sexo, se corresponden con lo planteado por diversos autores, los que hacen referencia a que aunque la enfermedad puede aparecer en todas las edades, e incluso en el sexo masculino, es más frecuente en mujeres de mediana edad⁷⁻⁹.

La mayoría de los pacientes presentaron una prueba de Schirmer positiva, lo cual no implica un diagnóstico positivo del síndrome de Sjögren, pero es sugerente del mismo, debido a que al ser positivo este examen nos indica que hay una deficiente producción de lágrimas, y esto también puede existir en otras enfermedades¹⁰.

Encontramos concordancia entre la prueba de Schirmer y el resultado de la biopsia de la mucosa bucal, al igual que aparece en la bibliografía consultada^{10,11}. Sin embargo, hay autores que han realizado estudios comparativos con los resultados de la biopsia y estudios contrastados de la glándula salival, donde aparece una disminución de la excreción glandular en pacientes con síndrome de Sjögren¹². Además, hay diversos cuadros de queratoconjuntivitis seca, con pruebas positivas y biopsia negativa^{13,14}.

Es importante señalar que al recibir un paciente con cuadro de queratoconjuntivitis seca, se debe valorar en la consulta de Reumatología, debido a que el síndrome de Sjögren no sólo tiene síntomas y signos a nivel del aparato visual –los cuales son muy molestos para el paciente–; además, se acompaña de un grupo de manifestaciones sistémicas, entre las que se incluyen: mialgias, artralgias, artritis, febrícula, fenómeno de Raynaud en el 35 % de los pacientes, y normalmente éstas preceden a las manifestaciones secas durante varios años².

Por esto insistimos en la necesidad de que ante todo paciente que llegue a la consulta de Oftalmología con cuadro de queratoconjuntivitis, no evolucione satisfactoriamente con la terapia habitual y, además, presente alguna manifestación de dolor articular, y se encuentre en la sexta década de la vida, debemos realizar prueba de Schirmer y biopsia de la mucosa bucal, para descartar que se trate de esta entidad.

Summary

A prospective study was carried out in nine patients diagnosed for dry keratoconjunctivitis with a course of two years or more. It was aimed at determining the potential relationship between dry eye and Sjögren syndrome. Despite medical treatment from the ophthalmologist, these patients did not have a satisfactory course. Six women and three men older than 30 years were examined. Out of the total of patients assisted, four were previously assisted at the Rheumatology office and two of them were diagnosed for rheumatoid arthritis. Schirmer test was carried out in all patients. They were later referred to maxillo-facial office to take a sample of their lower lip mucosa. Histological findings obtained from the biopsies carried out were assessed and there was a correspondence with Sjögren syndrome in four patients.

Referencias bibliográficas

1. Murube J, Benítez del Castillo JM, Chenzhuo L, Berta A, Rolando M. Triple clasificación de Madrid para el ojo seco. Arch Soc Esp Oftalmol. 2003;11:1-9.
2. Schumacher R, Klippel JH, Koopman WJ. Síndrome de Sjögren. En: Compendio de las enfermedades reumáticas vol 1. 10ª ed. Atlanta: Marketing Trenes; 1993. p.137-40.
3. Douglas Cullon R, Chang G, Fiedberg MA, Rapuano CJ. Síndrome de ojo seco. Manual de urgencias oftalmológicas. 2ª ed. Barcelona: SALvat; 1998. p. 55-8.
4. Diestelhorsf M, Grunthal S, Suverkrup R. Dry drops: a new preservative free-drug delivery system. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 1999;237(5):349-8.
5. Yamamoto S, Hitomi J, Sawaguchi S, Abe H, Shigeno M, Ushiki T. Observation of human corneal and scleral collagen fibrils by atomic force microscopy. Nippon Ganka Gakkai Zasshi. 1999;103(11):800-5.

6. Alla M, Marques del Cid, Werissin J. Alteraciones histológicas de la conjuntiva en el síndrome de Sjögren. Arch Soc Esp Oftalmol. 1993;64(5):903-8.
7. Rivas L, Murube J, Toledano A. Inervación de la glándula lagrimal en pacientes con síndrome de Sjögren primario. estudio inmunohistopatológico. Arch Soc Esp Oftalmol. 2002;11.
8. Mohrenschlanger M, Rizzo NB, Kruus CS, Limbnock J, Cohen M, Antún Lamprecent I. Sjögren syndrome. Anntarzt. 2000;51(4):250-5.
9. Meller D. The fine structure of chromatin alterations in conjuntival epithelial cells in keratoconjunctivitis sicca. Cornea. 1999;18(2):225-32.
10. Tsubota K, Hirai S, King LS, Agre F, Ishida N. Detective cellular trafficking of lacrimal gland aquaporin-5 in Sjögren's syndrome. Lancet. 2001;357(9257):688-9.
11. Murube J. Simposio ojo seco. Sao Pablo: Medicopea Internacional; 1999.
12. Tonami H, Higoshik, Matoba M, Yokata H, Yamamoto I, Sugai S. A comparative study between MR sialography and salivary gland scintigraphy in the Sjögren's syndrome. J Comput Assist Tomogr. 2001;25(2):262-8.
13. Kaus C, Braun-Quentin C, Ballhausen WG, Pfeiffer RA. RNA-based mutation screening in german families with Sjögren's syndrome. Eur J Hum Genet. 2000;8(4):299-306.
14. Turlea M, Raica D, Ciacmaoreanu M, Haidar A, Jinga F. The value of the cytological exam in the diagnosis of allergic conjunctivitis. Oftalmología. 1999;47(2):41-3.