



ASPECTOS DEL MANEJO CLINICO OFTALMOLOGICO Y ESTOMATOLOGICO DEL SÍNDROME DE SJÖGREN

Autora principal: Dra. Wendy López Fernández. Residente de Oftalmología. Correo: wlopezfdez@gmail.com, ORCID: 0000-0003-3916-0426

Coautoras: Leyanis Cruz Remigio, Aychely del Pino Martínez, Alina Diaz Reyes, Ariana Fernández García.

RESUMEN

Introducción: el síndrome de Sjögren es una enfermedad crónica autoinmune caracterizada por un infiltrado inflamatorio a nivel de las glándulas exocrinas. La destrucción de las glándulas exocrinas conduce a un síndrome seco, una combinación de ojo seco o xeroftalmía y de boca seca o xerostomía. **Objetivo:** describir aspectos del manejo clínico oftalmológico y estomatológico del síndrome de Sjögren para la atención integral de Salud. **Método:** se realizó una amplia búsqueda de la literatura de los últimos 10 años, entre junio y agosto del 2025. Finalmente se utilizaron 20 artículos. **Resultados:** las manifestaciones oculares que se presentan son principalmente queratoconjuntivitis sicca, queratitis, queratitis filamentosa, epiescleritis y escleritis. Las manifestaciones bucales incluyen mucositis, candidiasis, atrofia papilar de la lengua, queilitis angular, la caries, desmineralización del esmalte dental, periodontitis, sialomegalia, entre otras. El manejo clínico abarca aspectos diferentes, tanto del tratamiento de la sequedad de ojos y boca como su calidad de vida. Los pacientes cursan con una alta carga de la enfermedad que compromete su bienestar. **Conclusiones:** el manejo óptimo del paciente con síndrome de Sjögren requiere de un reconocimiento integral de la enfermedad por oftalmólogos y estomatólogos como parte de un equipo multidisciplinario de Salud.

Palabras clave: Síndrome de Sjögren, Xeroftalmía, Xerostomía

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad crónica autoinmune que se caracteriza por la infiltración linfocítica de las glándulas exocrinas, generando xerostomía y xeroftalmia, además de otros síntomas extraglandulares. Es una enfermedad de distribución universal que afecta a ambos sexos, con predominio por el sexo femenino (hasta en 90%); y mayor frecuencia por encima de los 40 años. Se reporta una prevalencia entre el 0,09% y el 2,7% de la población mundial. Las tasas de incidencia más altas se reportan en Europa y Asia. En Europa se estima una prevalencia de 1,8 por cada 1 000 habitantes, mientras que en Estados Unidos la cifra alcanza a 2,5 personas por cada 1 000 habitantes.¹⁻⁵

El principal mecanismo fisiopatológico descrito es la intensa infiltración linfocítica de las glándulas exocrinas, así como la hiperactividad de los linfocitos B, que provocan inflamación, daño al tejido glandular y deterioro de su función. Su etiología es multifactorial y para su expresión se requiere la interacción entre varios elementos: predisposición genética (alteración de genes que regulan la síntesis de moléculas proinflamatorias), ambientales (infecciones previas por virus Coxsackie, Epstein Barr o citomegalovirus) y hormonales (déficit de estrógenos y receptores estrogénicos).²⁻
⁷ La presentación primaria, es cuando las manifestaciones clínicas se limitan a las glándulas exocrinas, principalmente glándulas salivales y lagrimales. La secundaria, cuando se asocia con otra enfermedad autoinmune, como lupus eritematoso sistémico, artritis idiopática juvenil, esclerosis sistémica o enfermedad mixta del tejido conectivo.^{1,2}

El carácter sindrómico del SS primario y su predisposición a la evolución crónica dificultan su diagnóstico y el resultado de las distintas pruebas diagnósticas varía en función del tiempo de evolución del síndrome. El diagnóstico y tratamiento de pacientes con SS es de gran interés; principalmente para los profesionales asociados a las especialidades de Oftalmología y Estomatología, ya que frecuentemente son los primeros en enfrentar clínicamente los signos y síntomas de la enfermedad.^{8,9} El estudio de los componentes oculares y bucales, es la principal estrategia diagnóstica. Ante la sospecha de un SS, una planificación diagnóstica idónea sería primero la cuantificación de la secreción salival, tinción con rosa de bengala, posteriormente la gammagrafía salival y en último término la biopsia. Es por ello, que, el manejo integral del paciente y el trabajo multidisciplinario resultan de especial interés para ofrecer un tratamiento adecuado que mejore la calidad de vida del paciente, esta investigación se traza como objetivo describir aspectos del manejo clínico oftalmológico y estomatológico del síndrome de Sjögren para la atención integral de Salud.

DESARROLLO

Métodos

Se realizó una búsqueda de la literatura en las bases de datos Pubmed, Medline, Science Direct, Scopus, Redalyc y Scielo, entre el 7 de junio y el 21 de agosto del 2025. Se utilizaron los términos: síndrome de Sjögren, manifestaciones oftalmológicas, manifestaciones bucales, glándulas salivales, queratoconjuntivitis seca, autoinmunidad. Se incluyeron estudios primarios y secundarios tales como revisiones de tema, revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos, estudios de cohorte, casos y controles y estudios transversales publicados en los últimos 10 años, en idioma español, portugués e inglés. Se excluyeron documentos como cartas al editor, cartas científicas y aquellos artículos que evaluaran patologías con sintomatología similar al SS, pero de diagnóstico distinto (síndrome Sjögren-Larsson, xerostomía por amiloidosis, sarcoidosis, fibrosis quística, parotiditis). De acuerdo con la estrategia de búsqueda, inicialmente, se obtuvo un total de 1234 artículos. Posteriormente, tras la aplicación de los criterios de inclusión, se obtuvo un total de 145 artículos. Se retiraron 28 artículos por estar repetidos, y finalmente se utilizaron 20 artículos para la actual revisión.

Resultados

Manifestaciones clínicas oculares

El síndrome de Sjögren se caracteriza por una infiltración linfocítica principalmente de glándulas exocrinas, entre ellas las glándulas lagrimales y salivales, resultando en xerostomía y xeroftalmía. La disminución en la producción acuosa de la película lagrimal da como consecuencia que sea una de las causas de la enfermedad de ojo seco (EOS). La EOS se define como una enfermedad multifactorial de la película lagrimal y la superficie ocular que resulta en síntomas de malestar, alteración visual e inestabilidad de la película lagrimal.^{1, 2, 10,11}

En el examen de pacientes con EOS, usualmente hay una falta de correlación entre la severidad de los síntomas y los signos oculares de ojo seco, sin embargo, los síntomas, suelen ser bastante severos, incluso con leves cambios en la superficie ocular. Paradójicamente cuando la severidad del ojo seco llega a ciertos niveles, los síntomas disminuyen como consecuencia de la disminución de la sensibilidad corneal. Entre los síntomas más comunes, se incluyen, sequedad, sensación de arena, dolor, ojo rojo, fotofobia y fatiga ocular. La xeroftalmia es el síntoma más común informado por pacientes con SS primario.^{12, 13}

Entre los hallazgos y signos descritos asociados al daño de la superficie ocular en la EOS asociada a SS se encuentran los siguiente:¹⁰⁻¹³

- Queratoconjuntivitis sicca: Se manifiesta por factores que influyen en el balance de la superficie ocular y pueden causar inflamación.
- Queratitis: Se refiere a una inflamación corneal, se manifiesta como ojo rojo y dolor, aumento de la secreción y visión borrosa o disminuida. Una forma severa de queratitis es la queratitis ulcerativa.
- Queratitis filamentosa: Consiste en una queratitis que tiene pequeños filamentos unidos a la porción superficial del epitelio corneal, por lo cual pueden producir la sensación cuerpo extraño en la superficie del ojo.
- Epiescleritis: Clínicamente se evidencia como un edema y eritema que puede ser localizado o difuso, rodeando los vasos de la epiesclera.
- Escleritis: Clínicamente se manifiesta, como un dolor ocular crónico que se irradia a la cara y el cráneo. Usualmente se incrementa en las noches, puede verse asociado a disminución de la agudeza visual y ojo rojo.

Manifestaciones clínicas bucales

La principal manifestación estomatológica del síndrome de Sjögren es la hiposalivación, una condición que proporciona las condiciones adecuadas para presentarse infecciones oportunistas en la cavidad bucal, a diferencia de xerostomía, que es el síntoma que define la sensación subjetiva de boca seca. Dentro de las manifestaciones bucales mecánicas y sensoriales secundarias por la hiposalivación y xerostomía se encuentran:^{14,15}

- Lesión en la mucosa: Mucositis es común encontrar mucositis o inflamación de la mucosa, donde se presentan cambios atróficos con propensión ulcerativa, produciéndose un cuadro clínico de dolor, ardor y eritema, lo cual dificulta la ingestión de alimentos por vía oral, conllevando a la deshidratación, pudiendo afectar el estado nutricional del paciente.

- **Candidiasis de la mucosa:** La presencia de *Candida* spp. frecuentemente se asocia a hiposalivación y cambios atróficos con la mucosa bucal. Esta se puede presentar de dos tipos: atrófica y pseudomembranosa. Ambos tipos de candidiasis pueden presentarse en la mucosa bucal, en el tejido gingival y en la lengua, sin embargo, es común encontrarlas también en las comisuras labiales debido a la resequedad de la mucosa, conocido como queilitis angular, donde se ha encontrado presente *Candida glabrata*.
- **Lesión en la lengua:** En el caso del SS es común encontrar una lengua con atrofia papilar, tanto en papilas filiformes como fungiformes, está directamente asociado con su grado de daño al parénquima glandular. Además, puede aparecer fisurada, lobulada y con sequedad.
- **Lesión en los labios:** Por lo general se presenta resequedad, lo que facilita la presencia de fisuras y agrietamiento en el bermellón de los labios, además de descamación del epitelio. Incluso puede existir la presencia de queilitis angular, por *Candida* spp., en las comisuras labiales.
- **Caries:** Debido a la exocrinopatía presente en el SS, la hiposalivación propicia las condiciones ambientales ideales para la colonización de patógenos oportunistas como *Streptococcus mutans*, principal microorganismo causal de la caries dental.
- **Lesiones erosivas:** La erosión es la desmineralización de los tejidos duros dentarios, en casos más graves la erosión del esmalte incrementa la sensibilidad de los dientes.
- **Afección del tejido gingival:** Debido a la falta de lubricación bucal y al déficit de autoclisis por parte de las mucosas, los pacientes con SS tienden a presentar mayor acúmulo de placa dentobacteriana, comprometiendo la salud del sistema periodontal: encía, ligamento periodontal y hueso alveolar.
- **Afección de los tejidos duros de soporte (periodontitis):** El aumento de acúmulo de placa dentobacteriana y depósitos de cálculo sobre la superficie dura del diente conduce a la destrucción de los tejidos de soporte: hueso alveolar, con mayor número de piezas perdidas por causa periodontal.
- **Afección de las glándulas salivales:** Ocasionalmente aparece sialomegalia o agrandamiento de las glándulas salivales, presente en al menos un tercio de la población con SS.
- **Desarrollo de neoplasias:** Es sabido que un gran número de enfermedades autoinmunes predispone a el desarrollo de neoplasias, tal es el caso del SS donde se estima que el paciente es más propenso a presentar neoplasias que en el resto de la población.

La mayoría de los pacientes con SS presentan xerostomía, comúnmente conocido como “síndrome de boca ardiente”, caracterizado por la sensación de ardor bucal, incluso puede presentarse en ausencia del flujo salival. También puede aparecer un cambio perceptivo en el consumo de alimentos y bebidas si no se encuentran disueltos para su percepción, esta sintomatología se conoce como “disgeusia” o alteración del sentido del gusto.

Apuntes para el diagnóstico

El síndrome de Sjögren cuenta con seis criterios diagnósticos: El Criterio I:

sensación de sequedad ocular; Criterio II: sensación de sequedad bucal; Criterio III: disminución de la secreción lagrimal; Criterio IV: criterio histopatológico; Criterio V: disminución y evaluación de la secreción salival; y Criterio VI: presencia de autoanticuerpos en suero (anti-Ro y anti-La). Para los pacientes con SS primario, es necesario cumplir con cuatro de los seis criterios, incluyendo siempre el Criterio IV (histopatológico) o el Criterio VI (autoanticuerpos). Alternativamente, se puede diagnosticar el SS primario si al menos tres de los criterios objetivos (III, IV, V o VI) están presentes. En el caso del SS secundario, los pacientes deben cumplir con el Criterio I o II, y al menos dos de los criterios III, IV o V.^{16,17}

En cuanto a métodos de diagnóstico, sobre los test o pruebas que presentan mayor sensibilidad y especificidad para diagnosticar el SS, se encuentran: cuantificación de la secreción salival, exámenes de bioquímica/serología (Anti-Ro, Anti-La, ANA), biopsia de las glándulas salivales, valoración oftalmológica, ultrasonografía, gammagrafía de las glándulas salivales, entre otros.^{16,17} El síndrome de Sjögren primario tiene mayor prevalencia que el secundario, siendo la principal manifestación el complejo Sicca; que corresponde al ojo seco/boca seca. Por tal motivo, la atención integrada del oftalmólogo y el estomatólogo es importante, ya que contribuye al diagnóstico precoz mediante los signos y síntomas que aparecen en la cavidad ocular y bucal, y el tratamiento oportuno.

Manejo terapéutico oftalmológico

Como se ha explicado en el síndrome de Sjögren hay déficit en la producción acuosa secundario a una infiltración linfocítica de las glándulas exocrinas. Es por ello que, en la actualidad, varias terapias están disponibles para el tratamiento del ojo seco secundario a la afección, como son:^{4, 10,14}

- **Lubricantes oculares:** Son el tratamiento de elección en pacientes con ojo seco leve a moderado, aumentan la humectación y lográndose un efecto lubricante sobre la superficie ocular. Dentro de estos se encuentran lagrimas artificiales con o sin conservantes, siendo los últimos los de elección en el caso de pacientes con SS.
- **Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs):** La resequedad ocular se asocia con un proceso inflamatorio local de la superficie ocular. Los antiinflamatorios tópicos facilitan una mejoría subjetiva de los síntomas que no se mantienen en el tiempo. Sin embargo, su uso por tiempo prolongado se ha asociado a una disminución de la sensibilidad de la córnea y un empeoramiento significativo de las pruebas de tinción corneal.
- **Corticoides tópicos:** En el tratamiento de ojo seco moderado a severo, logran una inmunosupresión local. No obstante, su uso por periodos prolongados produce efectos secundarios como el aumento de la presión intraocular. Se recomienda por ciclos cortos, no más de dos semanas.
- **Suero autólogo:** Componentes del suero autólogo son similares a los de las lágrimas; contiene abundantes vitaminas y factores de crecimiento como el factor de crecimiento epidérmico, vitamina A y fibronectina, que promueven la proliferación de células epiteliales de la córnea, su maduración y diferenciación; lo cual es útil en los casos refractivos.
- **Ciclosporina:** El uso de la ciclosporina se debe a su capacidad para inhibir la activación de los linfocitos T, la inhibición de la apoptosis, la reducción de

citocinas proinflamatorias y un efecto en la densidad de las células epiteliales y caliciformes conjuntivales. La ciclosporina al 0,05% es igual de efectiva a la vitamina A y superior a la aplicación de carboximetilcelulosa en la mejoría de los síntomas de visión borrosa.

- Tapones lagrimales: Estos bloquean el drenaje anatómico natural de la lagrime logrando una acumulación de la misma y una mejor lubricación.
- Cierre definitivo de puntos lagrimales: Esto se realiza mediante cauterización de la mucosa del conducto, logrando una obstrucción definitiva y efectiva en pacientes refractarios a manejos oclusivos convencionales o a aquellos con complicaciones asociadas a éstos.
- Terapia sistémica con medicamento biológico: El uso de los medicamentos biológicos en pacientes con enfermedades autoinmunes se ha incrementado en los últimos años mejorando el pronóstico de vida y disminuyendo las comorbilidades. Entre los que se encuentran: rituximab, belimumab, epratuzumab, abatacept.

Manejo terapéutico estomatológico

El interrogatorio y el examen clínico o físico son importantes, pero la sialometría tiene principal relevancia en la consulta de estomatología y resulta ser un buen indicador de disfunción glandular; sin embargo, este examen únicamente no puede diagnosticar Síndrome de Sjögren, sino que se necesita realizar otras pruebas. La biopsia incisional de las glándulas salivales accesorias o menores es un procedimiento para confirmar el diagnóstico, siendo una prueba muy fiable. La xerostomía afecta al 90% de los pacientes con síndrome de Sjögren primario.¹²⁻¹⁴

El estomatólogo establecerá las recomendaciones de higiene, dietéticas y terapéuticas bucales en función de la gravedad del cuadro clínico, así como el calendario de visitas a la clínica estomatológica, que durante el primer año no deberían espaciarse más de tres meses; de este modo se valora el riesgo de enfermedad periodontal y la respuesta al tratamiento. El abordaje inicial que se debe realizar, es la educación frente a las posibles causas que pueden intensificar la sequedad bucal, disminuyendo su consumo o utilización, dentro de las cuales se pueden identificar el consumo de sustancias como alcohol, tabaco, cafeína y enjuagues bucales con contenido de alcohol.¹⁵⁻¹⁷

En el manejo de la xerostomía se utilizan diferentes tipos de secretagogos, estos estimulan la producción de saliva y a su vez ayudan a preservar los rebordes alveolares y las mucosas humectadas. Dentro de los que se encuentran:¹²⁻¹⁴

- El uso de chicle sin azúcar o dulces sin azúcar, que estimulan la producción de saliva, aumenta de igual forma el pH de la mucosa oral. El uso de bebidas cítricas como lo es el zumo de limón produce un aumento del flujo de secreción salival por estimulación a nivel de las papilas gustativas. La ingesta constante de agua. Los sustitutos salivales o saliva artificial como sialogogo tópico. Por lo general están compuestos por ácido málico al 1%, carboximetilcelulosa, mucina o glicerina las cuales se encuentra diluidas o sumergidas sobre una base acuosa suplementada con fosfato de calcio y iones fluorhídricos.

El manejo terapéutico realizando topicaciones con flúor trimestrales o semestrales al igual que el uso de antimicóticos como profilaxis para prevenir las candidiasis

asociadas a la hiposalivación también tiene gran relevancia dentro de la terapéutica. La pilocarpina es el tratamiento bucal con mayor eficacia. El fármaco es eficaz para tratar xerostomía inducida por radiación (hasta 30 mg/día) y síntomas de sequedad de boca en los pacientes de Sjögren (hasta 20 mg/ día). Reduciendo un alivio significativo de la sequedad bucal y ocular, esto incluye menor necesidad de lágrimas artificiales.¹⁵⁻¹⁷

Es de interés, la importancia de mantener controles estomatológicos periódicos. En pacientes de alto y extremo riesgo, se sugieren controles clínicos cada 3 meses para controlar los factores de riesgo, la dieta, higiene y salud bucal; y controles radiográficos cada 6 meses. Por otro lado, los pacientes de riesgo extremo, categoría en la cual se clasifica de inmediato un paciente con síndrome de Sjögren no controlado, se deben recomendar e indicar el uso de distintos coadyuvantes para mantener una buena higiene y salud bucal. Dentro de estas encontramos la indicación de cepillado de dientes después de cada comida con dentífrico fluorado de 1500 ppm, indicación de colutorio diario de solución fluorada de NaF (fluoruro de sodio) antes de acostarse y colutorio de clorhexidina al 0,12% por máximo 15 días, según sean los requerimientos del paciente.¹⁴

La prevención de caries en pacientes con SS es esencial y se realiza de forma dual, manteniendo y protegiendo la resistencia del esmalte dental y disminuyendo el *biofilm* patogénico y los alimentos cariogénicos de la dieta. Para reforzar el esmalte se utilizan terapias remineralizadores de flúor, aplicando flúor tópico de 22.600 ppm en boca completa en intervalos seriados según el riesgo de caries, sellantes de fosas y fisuras, vidrios ionómeros, resinas y otros materiales fluorados.⁸

Implicaciones en la calidad de vida

El síndrome de Sjögren, por lo general se puede presentar con síntomas leves. Sin embargo, la enfermedad tiene un impacto significativo sobre el estado de salud que se pone en evidencia con la disminución de la calidad de vida (CV) de los pacientes, sobre todo en ámbitos como el laboral, el económico y las relaciones interpersonales, entre otros, asociado especialmente a síntomas como fatiga crónica, ansiedad y depresión, no evaluados de manera rutinaria en el seguimiento de estos pacientes.^{18,19}

Estudios realizados sobre la percepción de la CV en pacientes con SS primario revelan que la enfermedad puede provocar un importante daño en la cavidad bucal, que genera una disminución considerable de la calidad de vida por síntomas como el dolor. Este a su vez limita la realización de ejercicios físicos, lo que trae consigo una disminución del tono y trefismo muscular, afectando la forma física y la participación en actividades sociales. Los pacientes cursan con una alta carga de la enfermedad que compromete su calidad de vida, asociado sobre todo a fatiga crónica, ansiedad, depresión y disfunción sexual, entre otras dificultades.¹⁸⁻²⁰

En este contexto, la promoción de la Salud es el arma con la que el profesional va a actuar, educando a su paciente sobre la higiene bucal, lavado matutino de ambos ojos, fomento de la abundante ingesta líquida y la adecuada ingesta de alimentos sólidos para facilitar la deglución. Así como el fortalecimiento de las actividades de la vida diaria apoyándose en el profesional de terapias ocupacionales.²⁰ La evaluación de la CV, se puede realizar utilizando como herramientas las diferentes escalas de evaluación disponibles. Es de vital importancia realizar un diagnóstico temprano del síndrome de Sjögren para evitar complicaciones que atenten contra la salud del paciente. El establecimiento de una comunicación constante entre estomatólogos,

reumatólogo, oftalmólogo y patólogo es la clave para una óptima atención al paciente con SS, de manera que se logre cambiar el pronóstico y evitar el deterioro de la calidad de vida en estos pacientes.

CONCLUSIONES

Los signos más frecuentes del síndrome de Sjögren son la queratoconjuntivitis sicca por disminución de la secreción lagrimal y las manifestaciones bucales por disminución de la secreción salival. El diagnóstico precoz es fundamental e incluye la evaluación del componente ocular y salival, así como la diferenciación entre síndrome primario y secundario. En el tratamiento se describen numerosas acciones, donde tienen un rol activo oftalmólogos y estomatólogos. El manejo óptimo del paciente con síndrome de Sjögren requiere de un reconocimiento integral por parte de un equipo multidisciplinario de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez-Rivas N, Sang-Park H, Díaz Del Campo P, Fernández-Castro M, Corominas H, Andreu JL, et al. Efficacy of belimumab in Primary Sjögren's syndrome: A systematic review. *Reumatol Clin (Engl Ed)*. [Internet]. 2021 [citado 2025 Ago 22]; 17(3):170-174. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2020.03.003>.
2. Baldini C, Arnaud L, Avčín T, Beretta L, Bellocchi C, Bouillot C, et al. El síndrome de Sjögren y otras enfermedades raras y complejas del tejido conectivo: un enlace intrigante. *Clin Exp Reumatol*. [Internet]. 2022 [citado 2025 Ago 22]; 34(5):103-112. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.55563/clinexprheumatol/3y0hq5>.
3. Brito-Zerón P, Retamozo S, Flores-Chávez A, Akasbi M, Sisó-Almirall A, Ramos-Casals M; Sjögren Syndrome Study Group, GEAS-SEMI. Practical diagnostic tips for the Sjögren Clinic: pearls, myths and mistakes. *Clin Exp Rheumatol*. [Internet]. 2022 [citado 2025 Ago 22]; 40(12):2413-2427. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.55563/clinexprheumatol/3bvq48>.
4. Reyes Jaraba CA, Pájaro Galvis NE, Vergara Serpa OV, Conquett Huertas JY, Echenique Torres OD, Cortina Gutiérrez A, et al. Síndrome de Sjögren: Epidemiología y manifestaciones clínicas. *Rev.Colomb.Reumatol*. [Internet]. 2022 [citado 2025 Ago 23]; 29(4): 310-324. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-81232022000400310&lng=en.
5. Cruz Concepción R, Batista Peña M, Mena Estévez HL, Curbelo Valera A, Queupumil Rodríguez A. Tapones de punto lagrimal en el tratamiento del ojo seco. *Rev Cubana Oftalmol* [Internet]. 2024 [citado 2025 Ago 23]; 37. Disponible en: <https://revoftalmologia.sld.cu/index.php/oftalmologia/article/view/1848>
6. Ossa GA. Síndrome de Sjögren en un adolescente. Caso Clínico [Sjögren syndrome. Report of one case]. *Rev Med Chil*. [Internet]. 2021 [citado 2025 Ago 23]; 149(5):790-795. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000500790>.
7. Sasaki P, Caceres A, Catalan PA, Asnal CA, Amitrano C, Nitsche A et al.

- Expresión clínica del Síndrome de Sjögren primario en pacientes adultos diagnosticados a edad menor o igual a 35 años versus mayores de 35 años. *Rev. argent. reumatol.* [Internet]. 2021 [citado 2025 Ago 23]; 32(2): 16-19. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2362-36752021000200003&lng=es.
8. Posso-Osorio I, Nieto-Aristizábal I, Soto D, Ariza C, Urbano M, Cañas CA, et al. Validation and adaptation to Spanish of the EULAR Sjögren's Syndrome Patient Reported Index (ESSPRI). *Reumatol Clin (Engl Ed)*. [Internet]. 2021 [citado 2025 Ago 23]; 17(7):388-391. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reumae.2020.01.003>.
 9. Carpio Astudillo K, Montero Reyes F, Janta I, Molina Collada J, Anzola AM, Caballero Motta LR, et al. Salivary gland ultrasound in clinical practice: What is its real usefulness? *Reumatol Clin (Engl Ed)*. [Internet]. 2023 [citado 2025 Ago 23]; 19(5):260-265. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reumae.2022.09.002>.
 10. Ruiz-Farfán MA, Icaza-Latorre GJ, Wilches-Cortina YJ, Quintero-Correa RB, Rodríguez-Ciodaro A, de-León-Rodríguez O et al. Características Clínicas y Epidemiológicas en Pacientes Diagnosticados con Síndrome de Sjögren en un Hospital Universitario de Cuarto Nivel. *Int. J. Odontostomat*. [Internet]. 2022 [citado 2025 Ago 22]; 16(4):475-482. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2022000400475>
 11. Barsottini OGP, Moraes MPM, Fraiman PHA, Marussi VHR, Souza AWS, Braga Neto P, et al. Sjogren's syndrome: a neurological perspective. *Arq Neuropsiquiatr*. [Internet]. 2023 [citado 2025 Ago 22]; 81(12):1077-1083. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-1777105>.
 12. Fernández Castro M, López-Pintor RM, Serrano J, Ramírez L, Sanz M, Andreu JL, et al.; Investigadores. Grupo EPOX-SSp. Protocolised odontological assessment of patients with primary Sjögren's syndrome. *Reumatol Clin (Engl Ed)*. [Internet]. 2021 [citado 2025 Ago 22]; 17(1):25-31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2018.12.005>.
 13. Fernández-Martínez G, Zamora-Legoff V, Hernández Molina G. Oral health-related quality of life in primary Sjögren's syndrome. *Reumatol Clin (Engl Ed)*. [Internet]. 2020 [citado 2025 Ago 22]; 16(2 Pt 1):92-96. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2018.04.001>.
 14. Rozo-Ortiz EJ, Vargas-Rodríguez LJ, Ruiz-Muñoz JL, Medina-Nieto SE, Morales-Ríos G, Sandoval-Laguado DV. Síndrome de Sjögren: una revisión de la literatura. *Medicas UIS* [Internet]. 2022 [citado 2025 Ago 22]; 35(3):9-17. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.18273/revmed.v35n3-2022001>
 15. Triana-Reyes SA, Martínez-Sandoval G, Rodríguez-Franco NI, Chapa-Arizpe MG, Rodríguez-Pulido JI, Martínez-González GI et al. Índice de Placa Bacteriana, Índice Gingival y Prueba de Silometría en Pacientes con Síndrome de Sjögren Primario y Secundario. *Int. J. Odontostomat*. [Internet]. 2021 [citado 2025 Ago 22]; 15(2): 449-453. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2021000200449>.
 16. Calle Bravo JJ, Calle Bravo JM, Calle León MI, Valdés Rodríguez YC. Manejo

- estomatológico en el paciente con síndrome de Sjögren. *The Ecuador Journal of Medicine*. [Internet]. 2021 [citado 2025 Ago 22]; 7:24-33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.46721/tejom-vol7iss1-2024-24-3>
17. Novoa Orellana F, Migliaro Romagnoli M, Moreno Yáñez Y. Síndrome de Sjögren y endodoncia, consideraciones a propósito de un caso. *ARS MEDICA*. [Internet]. 2023 [citado 2025 Ago 22]; 48(4):49-53. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v48i4.1936>
 18. Solís Cartas U, Barreto Araujo JA. El síndrome de Sjögren y su influencia en la calidad de vida. *Rev Cient Cienc Méd* [Internet]. 2021 [citado 2025 Ago 22]; 24(1): 30-36. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.51581/rccm.v24i1.341>.
 19. Solís-Cartas U, Bascó-Fuentes EL, Calvopiña-Bejarano SJ. Percepción de calidad de vida en pacientes con síndrome de Sjögren. Estudio de diez años. *Rev.Colomb.Reumatol.* [Internet]. 2020 [citado 2025 Ago 22]; 27 (Supl2): 43-49. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.rcreu.2020.03.004>.
 20. Mayorga-Ponce RB, González Monter BA. Enfermería enfocada en el Síndrome de Sjögren. *Educación Y Salud Boletín Científico Instituto De Ciencias De La Salud Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo* [Internet]. 2021 [citado 2025 Ago 22]; 10(19):108-109. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.29057/icsa.v10i19.7763>