

Síndrome de Sjögren:

Trastorno inmunitario caracterizado por destrucción linfocítica progresiva de las glándulas exocrinas, produce sequedad ocular y bucal sintomática; puede asociarse a manifestaciones extraglandulares; afecta a mujeres de mediana edad; puede ser primario o secundario cuando ocurre asociado a otras enfermedades autoinmunitarias.

Manifestaciones clínicas:

Fatiga; síntomas de sequedad: queratoconjuntivitis seca y xerostomía; sequedad de otras superficies: como nariz, vagina, tráquea y piel.

Manifestaciones extraglandulares: artralgias/artritis, síndrome de Raynaud, linfadenopatía, neumonitis intersticial, vasculitis (por lo general cutánea), nefritis y linfoma.

Valoración:

- Antecedentes y exploración física: específicamente la exploración bucal, ocular y linfática, así como la presentación de otros trastornos autoinmunitarios.
- Presencia de anticuerpos: Dato distintivo de la enfermedad (ANA, RF, anti-RO y anti-La).
- Laboratorio: ESR, Biometría hemática, prueba de función renal, hepática y tiroidea, electroforesis de proteína sérica (SPEP) (son frecuentes la hipergammaglobulinemia o la gammopatía monoclonal); ECG.
- Estudios oculares: Para diagnóstica y cuantificar RCS, prueba de Schirmer, tinción de rosa de Bengala.
- Exploración bucal: flujo salival sin estimulación y exploración dental.
- Biopsia de glándulas salivales labiales: demuestra infiltración linfocítica y destrucción de tejido glandular.

Tratamiento:

- Seguimiento periódico por parte del dentista y el oftalmólogo.
- Xeroftalmia: gotas artificiales, ungüentos lubricantes oftálmicos, estimulación local con mono fosfato de adenosina cíclico o gotas de ciclosporina.
- Xerostomía: Sorbos frecuentes de agua, gelatinas sin azúcar.
- Pilocarpina o cevimelina: ayudan a las manifestaciones del síndrome de sequedad.
- Hidroxicloroquina: puede ser de ayuda en las artralgias.
- Glucocorticoides: no son eficaces para los síntomas de sequedad pero pueden ser útiles en el tratamiento de las manifestaciones extraglandulares.

Lupus eritematoso sistémico (LES)

Enfermedad de causa desconocida, puede afectar a cualquier aparato o sistema del organismo y ocasionar una gran variedad de manifestaciones clínicas. Enfermedad sistémica y autoinmune por la gran cantidad de anticuerpos que presenta.

Factores etiológicos: Son de índole infecciosa, hormonal, genética, ambiental, o química. El LES se puede detectar alteraciones de la inmunidad humoral y celular. Existe hiperactividad de los linfocitos B, junto a una inhibición de alguna función reguladora de los linfocitos T y de los macrófagos.

Los vasos de pequeño calibre, arteriolas y capilares pueden presentar una vasculitis necrosante con depósitos de un material de fibrinóide que contienen inmunoglobulinas, fibrina y complemento. Un signo particular de la enfermedad del cuerpo hematológico, que consiste en una forma peculiar de necrosis basófila que se puede observar en cualquier tejido del organismo y se considera un equivalente histológico de la célula LE (neutrófilo que ha fagocitado restos nucleares).

En el bazo se puede distinguir un hallazgo singular que consiste en la presencia de varias capas circulares de colágeno periarteriolar (lesiones en piel de cebolla). El pericardio y el miocardio pueden presentar grados variables de infiltración inflamatoria, es característica la endocarditis verrugosa de Libman-Sacks, aunque también se ha observado otro tipo de lesión en forma de engrosamiento valvular. En el sistema nervioso se aprecian pequeños infartos cerebrales, relacionados casi siempre con alteraciones vasculares; los cuerpos cistoloides que pueden aparecer en el examen del fondo de ojo corresponden a microinfartos y edema perinfarto de la capa superficial de la retina.

Next Dude

Cuadro clínico: Se puede acompañar de astenia, anorexia, fiebre, pérdida de peso y malestar general. Las artromialgias son constantes y se manifiestan en el 95% de los pacientes. La artritis se presenta en el 90% de los casos, puede afectar cualquier articulación, pero es más frecuente en articulaciones pequeñas y medianas; es poliarticular, simétrica y no erosiva, y en el 10% de los enfermos se observa deformidades en flexión, desviación cubital, laxitud articular y dedos en cuello de cisne. Las lesiones cutáneas se observan hasta en el 70% - 80% de los enfermos y se clasifican en específicas e inespecíficas. Las primeras se dividen en 3 formas clínicas:

Lupus cutáneo agudo: eritema malar (alas de mariposa o en vesperillo), afecta las mejillas y el puente de la nariz. Aparece después de una exposición solar, al comienzo de la enfermedad y en las exacerbaciones; no deja cicatrices, puede quedar una hiperpigmentación y telangiectasias. Esta pigmentación se puede extender al resto de la cara, cuero cabelludo, cuello, región del hombro, brazos, dorso de las manos.

Lupus cutáneo subagudo: caracterizado por extensas lesiones en forma de pápulas eritematosas, ligeramente escamosas de distribución simétrica, no deja cicatrices, afecta a hombros y superficie de extensión de los brazos, región del escote y dorsal del tórax.

Lupus eritematoso crónico: están constituidos por placas eritematosas elevadas, con una superficie escamosa, afecta a los folículos pilosos; crecen lentamente y dejan una despigmentación permanente, telangiectasias y una cicatriz atrófica central característica. Las lesiones más frecuentes están en cara, cuero cabelludo, cuello y región auricular.

Tratamiento: Es sintomático. También se usan medicamentos antipalúdicos, glucocorticoides, inmunodepresores. Y el empleo de estos medicamentos depende del tipo y gravedad de las manifestaciones clínicas.

