



TRASTORNOS FONOESTOMATOGNÁTICOS EN EL SÍNDROME REUMÁTICO DE SJÖGREN



Autora: Fiore, Luciana
Tutora: Lic. Moscardi, Graciela
Asesoramiento Metodológico: Dra. Mg. Minnaard, Vivian

2015

“Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado,
un esfuerzo total es una victoria completa.”

Mahatma Gandhi



El presente trabajo es un esfuerzo en el que, de forma directa o indirecta, participaron muchas personas acompañándome en los momentos de crisis y de felicidad.

Agradezco al Dr. Gustavo Chirotte por darme el lugar para poder desarrollar mi tesis final en el servicio de Reumatología que él dirige. A la Lic. Mariana Gonzalez por la atenta lectura de este trabajo y la resolución de diferentes situaciones que se presentaron y a la Lic. Graciela Moscardi por la orientación en la realización de este trabajo.

Agradezco a mi familia y amigos por la paciencia, el apoyo ilimitado y el ánimo que siempre me brindaron.



El síndrome de Sjögren es una enfermedad reumática inflamatoria crónica de causa desconocida, caracterizada por sequedad en ojos y boca debido a una disminución de la secreción de las glándulas lagrimales y salivales.

Objetivos: Analizar los trastornos fonostomatognáticos y deglutorios presentes en el Síndrome reumático de Sjögren en personas adultas que concurren a un instituto de salud de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2015.

Material y Métodos: Estudio descriptivo y transversal. Se tomó una muestra no probabilística de 40 personas. A cada uno se le aplicó un cuestionario y se evaluaron las praxias orofaciales y los mecanismos compensatorios para contrarrestar dichas dificultades. Se examinaron las cualidades subjetivas de la voz con la escala RASATI.

Resultados: La prevalencia del Síndrome de Sjögren es mayor en mujeres que en hombres durante la quinta década de vida. Más de la mitad de la muestra presenta dificultades a la hora de comer, alteración en las praxias orofaciales y un 80% manifiesta percibir alteraciones del sentido del gusto y la temperatura. El 70% ha dejado de comer alimentos que le traían dificultad, y un 10% realiza movimientos compensatorios para contrarrestar las dificultades al deglutir, mientras que ninguno de ellos se ha realizado un estudio de deglución. Manifiestan la presencia de halitosis, úlceras bucales, tos frecuente y pérdida de piezas dentarias con un uso dificultoso de las prótesis dentales. Por otro lado, el 55% de las personas percibe cambios en las cualidades de la voz y dificultades para hablar por tiempo prolongado. Presentan ronquera y aspereza en la evaluación fonatoria. El 98% realiza tratamiento medicamentoso prescripto por el médico y gran parte también, terapias complementarias.

Conclusiones: Las personas que padecen Síndrome de Sjögren presentan alteraciones en la deglución viéndose afectada la etapa oral – faríngea, el habla prolongada y las cualidades de la voz. Estas manifestaciones repercuten en la vida personal y social de quienes lo padecen.

Palabras Clave: Síndrome de Sjogren, xerostomía, alteraciones fonostomatognáticas, deglución, voz.



The Sjögren's syndrome is a rheumatic chronic inflammatory illness from unknown causes, characterized by dry eyes and mouth due to a decrease in the secretion of the lacrimal and salivary glands.

Objectives: Analyze phonoaudiology and stomatology and swallowing disorders present in adults who suffer the rheumatic Sjögren's syndrome who concur to a health institute in Mar del Plata city during 2015.

Materials and Methods: Descriptive and transversal study. A non-probability sample was taken over 40 people. A questionnaire was applied to each of them and orofacial praxis and compensatory mechanisms were evaluated to counteract such difficulties. Voice subjective qualities were examined with RASATI scale.

Results: The prevalence of Sjögren's syndrome is higher in women than in men during the fifth decade. More than a half of the samples present a difficulty while eating, alteration of orofacial praxis and 80 % show a perception in the alteration of sense of taste and temperature. Over 70 % of them stop eating foods that bring them a greatest obstacle, and 10 % of them make compensating movements to counteract swallowing difficulties, while neither of them makes a swallowing study. They revealed the presence of halitosis, mouth sores, frequent cough, and lost of teeth with difficult usage of dentures. On the other hand, 55 % of people perceive changes in voice qualities, and difficulties to speak for long periods. They show hoarseness and roughness in phonatory evaluation. 98% make drug treatments prescribed by the responsible physician, and great part of them, make complementary therapies too.

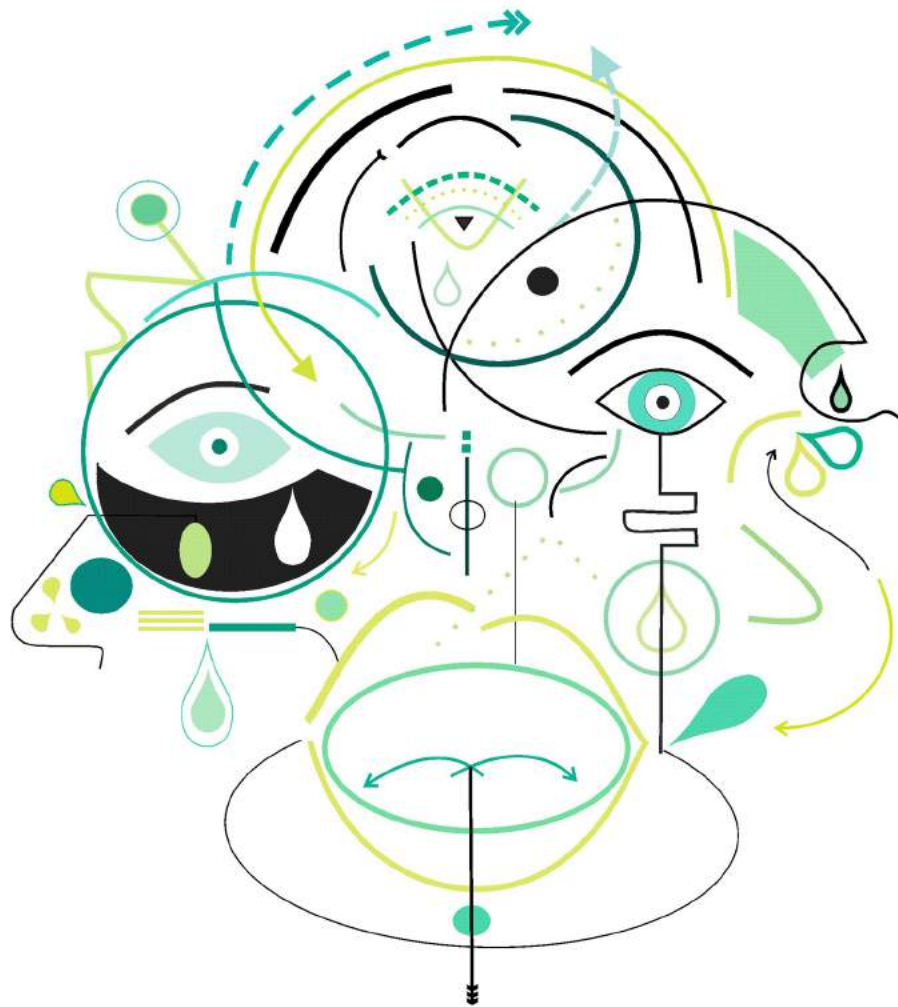
Conclusion: People who suffered Sjögren's syndrome show swallowing alteration which affected the oral stage - pharynx, prolonged speech and voice qualities. These demonstrations affect their personal and social life.

Keywords: Sjögren's syndrome, xerostomia, phonoaudiology and stomatology alterations, swallowing, voice.



	Página
Introducción.....	1
Capítulo I	
“El Síndrome de Sjögren y los trastornos fonoesomatognáticos”....	4
Capítulo II	
“Alteraciones deglutorias y dificultades prácticas”.....	15
Diseño Metodológico.....	25
Análisis de datos.....	34
Conclusiones.....	53
Bibliografía.....	56





Introducción

El Síndrome reumático de Sjögren (SS)¹ es considerado una patología sistémica de presentación insidiosa, de curso variable y con un espectro amplio de manifestaciones clínicas, lo que resulta en un diagnóstico difícil o retrasan el mismo.

“Es una enfermedad inflamatoria, autoinmune, que conlleva a la disminución o ausencia de secreciones glandulares y sequedad de las mucosas, en particular de la oftálmica y la oral”. (Anaya, Correa, Mantilla, 1999).²

Estas glándulas al destruirse progresivamente acaban disminuyendo sus secreciones viéndose comprometida la masticación, el habla y la voz. Se reducen los estímulos del pH salival y se modifica la salud bucal, causando riesgo de caries, mal aliento, pérdida de piezas dentarias, acidez, úlceras bucales, debilidad periodontal e infecciones en la mucosa oral (Ponce Vargas, 2004)³.

La deglución se ve gradualmente afectada, debido a que la falta de humedad en la cavidad bucal dificulta en primer término, la formación del bolo alimenticio y el paso del alimento a la faringe, haciendo que la deglución sea insegura y displacentera. Las alteraciones del gusto y la temperatura cooperan al conjunto de sensaciones insatisfactorias que comprometen el proceso deglutorio. Estos problemas pueden desencadenar cambios en la alimentación e incluso comprometer el estado nutricional.

Dado su carácter crónico y el diagnóstico tardío, es importante que el profesional de la salud conozca las características del síndrome para estar alerta ante sus síntomas y saber cómo tratarlos. Por ello, se considera necesario un análisis sobre los trastornos fonoestomatognáticos más frecuentes asociados a este síndrome tomando la xerostomía como síntoma característico y poder informar su impacto en la calidad de vida de las personas.

El problema a investigar es:

¿Cuáles son los trastornos fonoestomatognáticos y deglutorios presentes en el Síndrome reumático de Sjögren, presentes en personas adultas que concurren a un centro de salud de la Ciudad de Mar del Plata en el año 2015?

¹ En la revisión bibliográfica se encuentra como abreviación de Síndrome de Sjögren. Será utilizada en éste trabajo.

² Estos autores, realizan una investigación acerca de las características clínicas e inmunogenéticas del Síndrome de Sjögren Primario. En ella examinan las características clínicas y analizan la asociación de los genes.

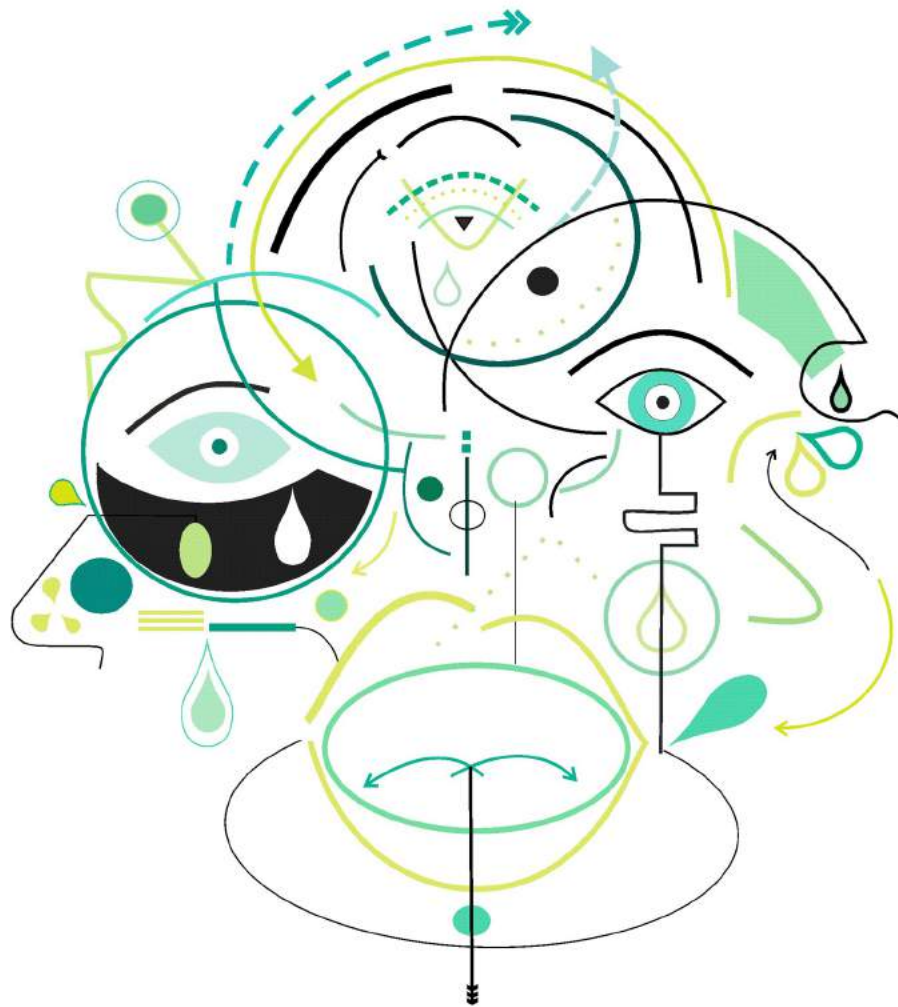
³ Realiza una guía para pacientes con Síndrome de Sjögren describiendo las diferentes manifestaciones.

El objetivo general es:

Analizar los trastornos fonostomatognáticos y deglutorios presentes en el Síndrome reumático de Sjögren en personas adultas que concurren a un centro de salud de en la ciudad de Mar del Plata en el año 2015.

Los objetivos específicos son:

- Indagar las alteraciones deglutorias y praxias orofaciales.
- Identificar las molestias que causan los trastornos deglutorios en la vida cotidiana de las personas adultas con dicho síndrome.
- Establecer el tipo de sustancias alimenticias con las que tienen más dificultad y aquellas con las que se ve favorecida la deglución.
- Sondear otras dificultades asociadas a la xerostomía que presentan las personas que padecen Síndrome de Sjögren.
- Reconocer la utilización de tratamientos medicamentosos o alternativos.
- -Determinar mecanismos compensatorios utilizados por dichas personas para contrarrestar las dificultades fonostomatognáticas.
- Evaluar las cualidades de la voz y sus posibles alteraciones.



Capítulo N°1

“Síndrome de Sjögren y
los trastornos fonostomatognáticos”

El Síndrome de Sjögren es una enfermedad crónica, inflamatoria, multisistémica, de evolución lenta, de fatiga extrema y debilitadora; es la expresión de una reacción autoinmunitaria caracterizada por la destrucción progresiva de las glándulas exocrinas que conduce a sequedad de las mucosas y conjuntivas, sobre todo las lagrimales y salivales (Santos, 1999)⁴. El síndrome fue descrito por Henrik Sjögren en 1933, aparece en ambos sexos, pero es más frecuente en mujeres durante la cuarta o quinta década de vida o postmenopáusicas.

Freitas (2004)⁵, sostiene que en esta patología se pueden identificar 3 fases o etapas cuya concatenación van desde la predisposición a padecer la enfermedad hasta su desarrollo. La primera fase, que resulta asintomática, incluye los factores intrínsecos del individuo, entre los que se encuentran los factores hormonales y el material genético de éste. Otro factor en esta primera fase está dado por las hormonas sexuales, relacionado con la mayor frecuencia que se presenta en las mujeres respecto a los hombres, lo cual está asociado al concepto de que los estrógenos son inmoestimulantes y los andrógenos inmunosupresores en los procesos autoinmunes. La segunda fase, denominada fase de iniciación, está caracterizada por alteraciones de tipo no inflamatorio. La tercera fase está dada por la respuesta inflamatoria celular, y va a ser la responsable de la destrucción del epitelio secretor de las glándulas afectadas, dando lugar al cuadro clínico de la enfermedad.

Según la literatura, existen dos presentaciones, el SS Primario si se da de manera aislada, caracterizado por la xeroftalmía y la xerostomía. El SS Secundario, ocurre cuando está presente la xeroftalmía y/o la xerostomía, generalmente menos intensa que en el primario, asociada a una enfermedad o situación autoinmune bien identificada.

El Síndrome de Sjögren tiene como síntomas principales afectaciones glandulares como la xeroftalmia y la xerostomía. La xeroftalmia es la reducción en la producción de lágrimas por afectación de las glándulas lacrimales, que produce sensación de quemazón, arenilla, dolor en los ojos, disminución en la agudeza visual, y visión borrosa. Las manifestaciones más comunes son la fotosensibilidad, fatiga ocular y sensación de cuerpo extraño en el globo ocular. No sólo produce molestias oftálmicas, sino que llega a comprometer la integridad funcional e incluso estructural del componente ocular. Las personas pueden tener historias repetidas de conjuntivitis infecciosas, queratitis infecciosa

⁴ Santos, en su tesis de Doctorado sobre pacientes con SS Primario, manifiesta que la xerostomía puede definirse como tal, cuando hay una disminución del flujo de saliva inferior a la mitad tanto en reposo como en estímulo.

⁵ Este autor, hace hincapié en la importancia clínica y la necesidad de un diagnóstico precoz, en un intento de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. Descarta una cura específica y describe que todo tratamiento es solo sintomático.

producto del defecto de la función bacteriana y del lavado de la película lagrimal (Martinez Larrarte, Reyes Pineda, 2009) ⁶.

La xerostomía se define como una sensación subjetiva de disminución, ausencia o carencia absoluta de la secreción salival en la cavidad oral. También es conocida como asialorrea, hiposalivación o boca seca. En ningún caso constituye una entidad clínica por sí misma, sino más bien una manifestación de la disfunción del aparato glandular. Esta disminución puede ser reversible si la causa que la desencadena es pasajera, como un estado de ansiedad, una infección de tipo aguda en las glándulas salivales, por un estado de deshidratación o como efecto secundario de algunos medicamentos (Rivera, Valero, Escalona, Rojas Sanchez y Ríos, 2009)⁷.

Existen diversos métodos para la evaluación de los pacientes con compromiso oral como la sialometría, sialografía parótida, la gammagrafía y la biopsia de glándula salival. Este último estudio se considera principal en el diagnóstico del SS dado que permite valorar la estructura glandular y la infiltración inflamatoria.

Según Sánchez Mayola, Hernandez, Gutierrez Garcia y Quintana Valdivia (1998)⁸, a estas manifestaciones principales, xeroftalmia y xerostomía, sobrevienen las manifestaciones cutáneas, siendo la más frecuente la xerodermia que se traduce por la ausencia de sudor y resequeidad marcada de la piel, en ocasiones las capas superficiales de la piel pueden descamarse y presentarse de forma similar a una lesión de psoriasis provocando irritación, heridas fáciles o la púrpura cutánea, pequeñas manchas rojas en el cuerpo. Siguiendo a Martinez Larrarte y Reyes Pineda (2009), se suman síntomas como sequedad nasal y vaginal. La sequedad nasal puede provocar dolor, sangrado y disosmia, pérdida de olfato por falta de mucosa. La desecación vaginal dada por la disminución de la mucosa, se manifiesta a través de infecciones e irritación, condicionando prurito, ocasionando una gran incomodidad y dolor. También, pueden darse manifestaciones extraglandulares como: artritis, alteraciones en la voz, manifestaciones músculo esqueléticas como las mialgias, adenopatías, polineuropatías, fiebre de origen desconocido, fatiga extrema, afecciones digestivas, lesiones respiratorias y alteraciones del sueño. Con respecto a las alteraciones de la voz, las personas con SS pueden desarrollar ronquera si sus cuerdas vocales se inflaman como parte de la enfermedad o se irritan por la sequedad de la garganta o tos. Las polineuropatías afectan al sistema nervioso periférico, que contiene

⁶ Estos autores, realizaron una revisión de las bases de datos, revistas y sitios que tratan sobre el Síndrome de Sjögren, destacando las principales afecciones glandulares y extraglandulares de dicha enfermedad.

⁷ En el Acta Odontológica Venezolana describieron el manejo multidisciplinario del paciente diagnosticado con Síndrome de Sjögren. La patogénesis, prevalencia, manifestaciones clínicas, criterios diagnósticos y los posibles tratamientos del manejo periodontal.

⁸ Presentaron un análisis de diferentes casos sobre el Síndrome de Sjögren asociado a la Psoriasis, comprobando una relación entre ambas enfermedades con prevalencia en mujeres jóvenes.

los nervios de la sensación, encargados también del control y del movimiento. Las afecciones digestivas manifestadas por disfagia, gastritis crónica y mala absorción intestinal.

Con respecto a las lesiones respiratorias, Tacchio, Baddini Martinez, Inácio de Pádua y Terra Filho (2000)⁹ difunde que se produce la disminución de las secreciones normales del árbol respiratorio y se origina sequedad de la mucosa orofaríngea, traqueal y bronquial. El resultado visible es la disfonía y tos crónica no productiva. Cuando predomina la lesión bronquial, puede aparecer disnea secundaria al proceso inflamatorio. Cuando la dificultad aparece en el parénquima pulmonar, da lugar a la fibrosis pulmonar, que suele ser bilateral y difusa. Clínicamente se puede manifestar por tos, disnea y ser responsable de neumonía

Según Martinez Larrarte y Reyes Pineda (2009)¹⁰, la presencia de manifestaciones extraglandulares aumenta significativamente la morbimortalidad y son los principales marcadores que definen el pronóstico y curso de la enfermedad. La sintomatología que presentan los pacientes en relación a la sequedad de la mucosa, sobre todo oral y ocular, tiene un curso crónico, produciendo un importante deterioro en la calidad de vida, relacionada a la salud y a su vida social.

Esta enfermedad, a largo plazo, afecta a todo el organismo. Puede comprometer órganos vitales como pulmones, riñones, hígado, sistema nervioso central, tiroides y con menos frecuencia a los ganglios linfáticos. De manera progresiva va provocando alteraciones sobre el estado físico, psicológico y social del individuo.

El origen de este trastorno es multifactorial, complejo y aún desconocido. Incluye factores genéticos, hormonales, infecciosos y endócrinos, entre otros. También puede ser el resultado de una alteración localizada sobre las glándulas productoras de la saliva, o bien el resultado de un desequilibrio o alteración de índole sistémica (González Jiménez, Aguilar Cordero, Guisado Barrilao, Tristan Fernandez, Garcia Lopez y Alvarez Ferre, 2009)¹¹. Por la multifactoriedad de su origen es importante que tenga un abordaje multidisciplinario, debido a que en muchos casos suele pasar desapercibido y no se recibe un diagnóstico clínico y tratamiento oportuno inicial. La sequedad bucal es de presentación crónica, lenta y progresiva, varía con el tiempo en intensidad y frecuencia, alterando la calidad de vida del enfermo, con consecuencias indeseables.

La boca segrega constantemente saliva a través de seis glándulas salivales: dos parótidas, dos submaxilares y dos sublinguales. A su vez se dividen en mayores y menores.

⁹ Desarrollaron un artículo sobre las enfermedades respiratorias asociadas con el Síndrome de Sjögren, llegando a la conclusión de que la manifestación más predominante en presentaciones avanzadas es la Bronquitis.

¹⁰ Estos autores, postulan que para determinar las alteraciones del funcionamiento de las glándulas salivales recomiendan realizar: Sialografía, Ultrasonido de glándula parótida, Gammagrafía parotídea, Resonancia parotídea y Biopsia labial de glándulas salivales menores.

¹¹ Realizan una descripción del diagnóstico y manejo clínico de la xerostomía. Contribuyen con una revisión actualizada del tema y promueven la investigación de este síntoma, dado que su abordaje terapéutico no está claro aún en la actualidad.

Las glándulas salivales mayores son aquellas que poseen conductos excretores que se localizan bilateralmente en zonas definidas dentro de la cavidad bucal. Así mismo las glándulas salivales menores se encuentran repartidas a lo largo de toda la mucosa de la boca segregando un porcentaje mucho menor que las mayores. La saliva, es producida en nuestro organismo por un sistema glandular especializado, cumpliendo un rol lubricante de tejidos orales, favoreciendo las funciones de hablar, comer y tragar. También, protege la cavidad oral frente a traumatismos dentarios y agentes externos ^{estabilizando} el pH de la boca por medio de una composición rica en carbonatos y fosfatos. Además de desempeñar un papel importante en la higiene de la boca, interviene en el proceso digestivo, aportando enzimas al bolo masticado. Posee calcio y flúor, que ayudan a remineralizar los dientes y mantener el esmalte. También ayuda a las papilas gustativas proporcionando información al cerebro para estimular la secreción de diferentes sustancias, dependiendo de la composición de ese alimento (Tenovuo, 1997)¹². Según este autor, las glándulas salivales forman parte del sistema inmune mucosal ya que las células que las componen producen anticuerpos, por lo tanto, las personas con ausencia parcial o completa de saliva tiene altos riesgos de padecer problemas orales.

Un nivel de saliva adecuado puede evitar un desequilibrio de microorganismos en el ambiente oral evitando la aparición de caries, enfermedades en las encías, halitosis, entre otras. Es un fluido primordial, porque es un mecanismo defensivo. Ramos Casals, Tzioufas y Front (2005)¹³ manifiestan que como la enfermedad sigue un proceso crónico, es posible encontrar a las personas en momentos evolutivos distintos, con una expresión clínica, y una afección glandular y extraglandular que pueden ser variables.

Debido a la variedad de los síntomas, son muchas las áreas de la medicina que influyen y se necesitan para el abordaje de esta patología. La Reumatología es la especialidad de cabecera para acompañar a las personas que presentan SS a lo largo de la evolución de la enfermedad. El curso de esta entidad es variable, con periodos de exacerbación y mejoría. Dado los indicadores principales, la xeroftalmia y la xerostomía, le siguen la Oftalmología, la Odontología y la Fonoaudiología como especialidades para ayudar a sobrellevar las contrariedades. Con el paso del tiempo se van haciendo necesarias otras consultas y tratamientos específicos con determinados profesionales, dependiendo de la afección que acontezca.

El Síndrome de Sjögren es una enfermedad aún poco reconocida, requiere de un tratamiento crónico. El tratamiento de la xerostomía es dificultoso, ningún método es efectivo

¹² Tenovuo, en su investigación sobre los parámetros salivales de relevancia para la evaluación de las caries en individuos y poblaciones, manifiesta que la saliva es el factor más importante para controlar y prevenir la salud periodontal.

¹³ Ramos Casals y col., exponen que el SS primario cursa de manera subclínica durante largos períodos y el diagnóstico puede posponerse hasta 8-10 años. Un inicio temprano suele asociarse con una mayor presencia de ciertas manifestaciones extraglandulares.

en forma aislada. Es importante saber que el tratamiento es particular y que cada caso es único, por lo tanto, necesitará de pautas individuales.

Meneses Gómez (2010)¹⁴ describe el aparato fonostomatognático, como un conjunto de órganos y tejidos, localizados dentro de la cavidad bucal, que trabajan articuladamente cumpliendo importantes funciones fisiológicas como cortar y desgarrar los alimentos, masticar, conformar el bolo alimenticio, iniciar los procesos de alimentación y deglución, así como de humectar la parte superior de la laringe. También, cumple funciones de defensa e inmunología, saborear los alimentos, el gusto, y otros como la articulación del lenguaje. Incluye funciones fundamentales para todo ser humano, consideradas de interacción social, compuesta por una serie de praxias como la sonrisa y la gesticulación buco facial.

Gésime, Acevedo y Lalaguna (2009)¹⁵ exponen que la producción de fluidos dentro del cuerpo humano es infinitamente compleja, ya que ellos están destinados a revestir una gran cantidad de órganos y tejidos y a ejercer además, una amplia variedad de funciones en las zonas corporales a los cuales son vertidos. Es una mezcla de componentes que lubrica todas las superficies duras y blandas de la mucosa bucal; la lubricación salival conlleva a que la persona tenga la boca húmeda permanentemente.

La xerostomía es el motivo principal de los trastornos fonostomatognáticos presentes en esta patología. Las personas que padecen este trastorno manifiestan diferentes síntomas que demuestran las alteraciones de este sistema, como la sensación de ardor y dolor en la lengua o la boca reseca. También hay alteraciones gastrointestinales, y aparecen dificultades para hablar, masticar, tragar y saborear los alimentos, que conducen a su vez, a trastornos de nutrición cuando la enfermedad está en estados muy avanzados. Otras zonas como la mucosa del paladar o las zonas interiores de las mejillas presentan molestias similares.

Para Bardález Daza (2001)¹⁶ la mucosa también puede reaccionar de forma alérgica a determinados alimentos o al material que utilizan los dentistas para rellenar los empastes dentales. Los bordes de los dientes afilados, la caries, el sarro, los bordes de empastes o coronas que sobresalen, los aparatos de ortodoncia también pueden lesionar la lengua o la mucosa bucal o provocar alergias. La zona afectada de la lengua suele ser la zona lateral y el ápice. Asimismo, existen determinados procesos inflamatorios de la mucosa bucal dando sensación de quemazón en los tejidos blandos. Algunas personas pueden padecer esta

¹⁴ Realiza una investigación sobre salud bucodental y calidad de vida oral, abarca los signos orales de la xerostomía y sus consecuencias.

¹⁵ Estos autores, señalan que el componente de saliva más importante que disminuye con la enfermedad, son las glicoproteínas tipo mucina, que le confieren sus propiedades de viscosidad, lubricación y elasticidad.

¹⁶ Para este autor, existen parámetros en el tratamiento rehabilitador que se inicia con la determinación del riesgo estomatológico y el abordaje que incluye fisioterapias de higiene, aplicación de flúor, asesoría dietética y controles periódicos.

sensación cuando la mucosa bucal entra en contacto con determinados alimentos, bebidas irritantes o con el consumo de tabaco.

Hay afecciones como la aparición de fisuras en las comisuras de los labios, sed constante, predominio de aftas bucales, acumulación de la placa dental bacteriana, esmalte dental desgastado, infección y dificultad en el uso de la prótesis dental. Las caries y úlceras constituyen uno de los principales signos de la xerostomía, primordialmente ubicadas en cuellos y raíces de los dientes, además de la pérdida del brillo, empaldecimiento y adelgazamiento de la mucosa (Schifter, 2014)¹⁷.

La falta de caudal en la saliva interfiere en todos los procesos masticatorios, deglutorios y comunicativos, dado que también influye en la facilidad del habla. Sin abundante cantidad de la misma se dificulta la trituración de los alimentos, la formación del bolo alimenticio, se adhiere el alimento a la superficie dental dejando residuos en la cavidad bucal. Esta situación se ve agravada por la pérdida de las piezas dentarias o las prótesis mal adaptadas o toleradas que, al no permitir un buen contacto masticatorio, no desarrollan normalmente el acto reflejo de la deglución. Una vez que se deglute, los residuos continúan permaneciendo con posibilidades de ser aspirados provocando un gran riesgo.

La xerostomía ocasiona múltiples problemas como consecuencia de la pérdida de las funciones salivares. Los problemas más importantes son: alteraciones en la masticación, trastornos deglutorios, alteraciones fonatorias, dificultades respiratorias, halitosis frecuente, alteraciones en la lengua, disgeusia, mayor presencia de caries, pérdida total o parcial de piezas dentarias, queilitis angular, mayor incidencia de infecciones de la mucosa oral y trastornos en la nutrición.

Según Bernal Belaez (1998)¹⁸, las alteraciones en la masticación también se deben a molestias de las prótesis, su roce ocasiona erosiones en la mucosa bucal y la falta de lubricación impide la adecuada adaptación de la misma. Las personas contraen grandes posibilidades de padecer estomatitis subprótesis, una de las alteraciones más frecuentes del paladar duro. Es una lesión eritematosa de diferentes manifestaciones clínicas, cuya superficie en los casos más graves se presenta granulosa, variando así su aspecto. La estomatitis se caracteriza por una proliferación fibroblástica provocada por la interacción de la mucosa con la base acrílica o metálica de la prótesis. De esta manera, se dificulta la composición de un adecuado bolo alimenticio para deglutir, dando como resultado trozos

¹⁷ Schifter, evalúa las manifestaciones orales y dentales de xerostomía y sus implicaciones en la salud pública. Entre sus principales aportes se destacan que la saliva artificial para el tratamiento tiene una duración limitada de acción y que puede provocar la desmineralización del esmalte dental con el uso prolongado.

¹⁸ Bernal Balaez, indaga sobre la estomatitis subprótesis. Pone énfasis en el conjunto de agresiones que pueden provocar alteraciones en las glándulas salivales, lo que es de gran valor en la justa evaluación clínica de estos pacientes.

grandes de alimento sin suficiente descomposición y residuos en la cavidad oral que solicitan una nueva masticación y por ende deglución.

Los trastornos deglutorios, según Bleeckx (2004)¹⁹ están dados por la disminución considerable del flujo salival provocando una disfagia orofaríngea. Puede manifestarse de forma variable, desde una ligera dificultad para iniciar la deglución, hasta la imposibilidad de deglutir la saliva. Las consecuencias son la pérdida de peso, deshidratación, malnutrición, aspiración y neumonía.

Las principales manifestaciones del SS son las sensaciones subjetivas de disfagia y sequedad faríngea, mientras que la disfonía y los hallazgos laríngeos anormales son más raros. Los hallazgos asociados como ondas mucosas oscilatorias durante la fonación usualmente alteradas y nódulos vocales, las cuales, al igual que la disfonía, son rara vez la manifestación inicial del SS (Ruiz Allec, Hernandez Lopez, Arreguín Porras, Velasco Ramos, Pacheco del Valle y Perez Garcia, 2011).²⁰

Las alteraciones fonatorias proporcionadas por la resequedad de la mucosa, deriva en cambios en las cualidades de la voz, volviéndola más ronca. Una forma de evaluar subjetivamente las cualidades de la voz es a través de la escala RASATI, que indica la presencia o ausencia de ronquera, aspereza, soplocidad, astenia, tensión o inestabilidad en la voz. Según Jackson Menaldi (2002)²¹, tales aspectos implican: la ronquera que se genera cuando existe una irregularidad vibratoria de la mucosa de las cuerdas vocales durante la fonación; la aspereza, relacionada con la rigidez de la mucosa laríngea, lo cual genera irregularidad vibratoria en las cuerdas vocales; en la soplocidad se percibe ruido de fondo audible debido al escape de aire a través de la glotis; la astenia correlacionada con la hipofunción de las cuerdas vocales en el caso de patologías neurológicas; la tensión está asociada a esfuerzo vocal por aumento de aducción de las cuerdas vocales y en donde se observa aumento de la actividad muscular extrínseca de la laringe causando la elevación de la misma; la inestabilidad está caracterizada por la incapacidad del paciente de sostener la emisión. Las dificultades respiratorias, están dadas por la resequedad en la mucosa de las vías aéreas, en el tracto respiratorio y pulmones, con consecuencias ya mencionadas.

La halitosis puede estar asociada a la disminución de la secreción salival, ya que existe menos fluido salival y menor capacidad de limpieza de la cavidad oral o bien por la acción de los propios fármacos con acción xerostomizante. La cantidad de enzima

¹⁹ Bleeckx, en su libro sobre la evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución, no refiere al Síndrome de Sjögren en particular sino a todas las alteraciones deglutorias por falta de saliva en general.

²⁰ En su investigación sobre deglución, habla y voz en el SS concluyen que las alteraciones no sólo estarían asociadas a la xerostomía, sino también a trastornos neurológicos probablemente secundarios al síndrome.

²¹ Jackson Menaldi, en su obra, describe la clasificación de los problemas vocales y las características de las diferentes patologías de la voz.

necesarias para el cuidado de la boca está disminuida (Bascones y col.,2007; Bernal Balaez, 1993; Gésime, 2009).

La disgeusia, alteración del gusto, comienza por lo salado, después lo dulce, lo amargo persiste. Las papilas gustativas de la lengua identifican el gusto, y el nervio olfatorio identifica los olores. Ambas sensaciones son transmitidas al cerebro, que combina la información para reconocer y apreciar los sabores. Considerando que el SS causa disosmia, la persona presenta dificultades para la degustación de los alimentos, la identificación de sabores y aromas. Según la investigación de Malchiodialbedi (2007)²², en la boca, junto con la textura, la temperatura y las sensaciones del sentido químico común, estos gustos se combinan con olores para producir la percepción del sabor. Mientras que algunos sabores pueden reconocerse sin que intervenga el olfato, tales como el amargo o el agrio, otros sabores más complejos, como determinadas frutas, requieren ambos sentidos, olfato y gusto, para reconocerlos. La pérdida del sentido del gusto también puede causar depresión y una disminución en el deseo de comer. Para esta autora, existe un desarrollo acelerado de caries de gran extensión, pero menor profundidad. En éstas se han aislado mayores concentraciones de gérmenes de la flora oro-faríngea. Las caries dentales están influenciadas por el flujo y la composición salival, debido a que la disminución de la capacidad amortiguadora favorece su incremento e incidencia. Además, la presencia de xerostomía favorece la presencia de caries en zonas atípicas, como cuellos dentarios y raíz.

Se desarrolla una tendencia a la pérdida total o parcial de piezas dentarias de manera anormal debido a que el esmalte dentario se deshidrata, se vuelve más frágil y menos permeable. Para Rioboo Garcia (2000)²³ la dentición ejerce mayor influencia en la fuerza masticatoria. Las enfermedades periodontales no sólo generan edentulismo sino que disminuyen la eficiencia de la fuerza masticatoria debido a una destrucción total o parcial de piezas dentarias. La mayor fuerza masticatoria se desarrolla a nivel del primer molar y la más baja a nivel de los incisivos. Esto se debe a la adecuada posición que ocupa el primer molar en relación con los músculos de la masticación y por su mayor área de soporte.

Según Meneses Gómez (2010)²⁴ el edentulismo trae consecuencias en el proceso masticatorio y deglutorio, como una disfunción de la articulación temporomandibular causada por la mala oclusión de la mordida, provocando movimientos mandibulares más lentos que repercuten en la falta de sinergia de los órganos y tejidos bucales como mejillas, labios y lengua encargados de llevar a cabo la masticación. La pérdida de piezas dentarias

²² Malchiodialbedi, llevó a cabo una revisión sobre la bibliografía actualizada de la xerostomía en el Síndrome de Sjögren y los diferentes tratamientos paliativos. Incluyó en ella las consecuencias de la xerostomía, los detonantes de la enfermedad, la clasificación y exámenes diagnósticos.

²³ Este autor, destacó las consecuencias de la falta de saliva y los efectos del PH modificado. Prioriza la importancia de la saliva en lo homeostasis bucal para la defensa del propio huésped.

²⁴ Meneses Gómez, encausa su investigación en relación a la salud, enfermedad y la calidad de vida de las personas que padecen el síndrome de boca seca.

va a producir cambios a su vez a nivel muscular ya que los músculos faciales y bucofaciales se vuelven muy activos en este proceso, mientras que existe actividad mínima del músculo masetero. Además, se producen cambios en el hábito masticatorio observándose la masticación unilateral más frecuentemente en individuos con una desigual distribución de dientes residuales en ambos lados de la boca que en aquellos con una distribución uniforme.

La queilitis angular, es una lesión inflamatoria en la comisura labial, que puede ser unilateral o bilateral. En casos graves, las fisuras pueden sangrar cuando se abre la boca, y formar úlceras poco profundas o una costra. Ésta se suma a las dificultades para comer y hablar, dado que es dolorosa e impide la apertura y movilidad correcta de la boca para realizar dichos procesos.

Las infecciones de la mucosa oral y enfermedades periodontales como aftas bucales, mucositis, acumulación de la placa dental bacteriana y la candidiasis, son de gran importancia estomatológica, por su frecuencia y variedad clínica. Es la infección micótica bucal más frecuente. La patogénesis de la Candidiasis bucal es compleja e implica diferentes factores y mecanismos de los hongos y del hospedero. La posibilidad de que colonice las superficies bucales depende tanto de la efectividad de los mecanismos defensivos de quien lo soporta, como de la capacidad de adhesión del hongo y de su poder de crecimiento (Bascones y col., 2007).²⁵

Los trastornos en la nutrición, las actividades como el comer, beber afectan las membranas mucosas que están debilitadas por deficiencias. Además, el microambiente de la boca no es estéril, por lo que los microorganismos comensales y patológicos pueden acentuar la debilidad de estas membranas.

La dificultad en el descanso nocturno, es consecuencia de las crecientes cantidades de líquido que precisan ingerir para alivianar el síntoma de sequedad.

Existen diferentes alternativas de tratamiento para el paciente que tiene alguna función remanente de las glándulas salivares como la estimulación de las mismas. Las sustancias que promueven la secreción salivar se denominan sialogogos. Las personas que tienen aún alguna función glandular pueden ser identificados realizándoles una sialometría salivar, si producen saliva, los tejidos residuales pueden ser ayudados mediante estimulación (Gallardo, 2004)²⁶. Según este autor, los sustitutos de saliva cuando las personas responden a la estimulación de las glándulas salivares o no tienen flujo salival, son el instrumento terapéutico de mayor utilidad que buscan restaurar la función salival. Estos remplazos de la

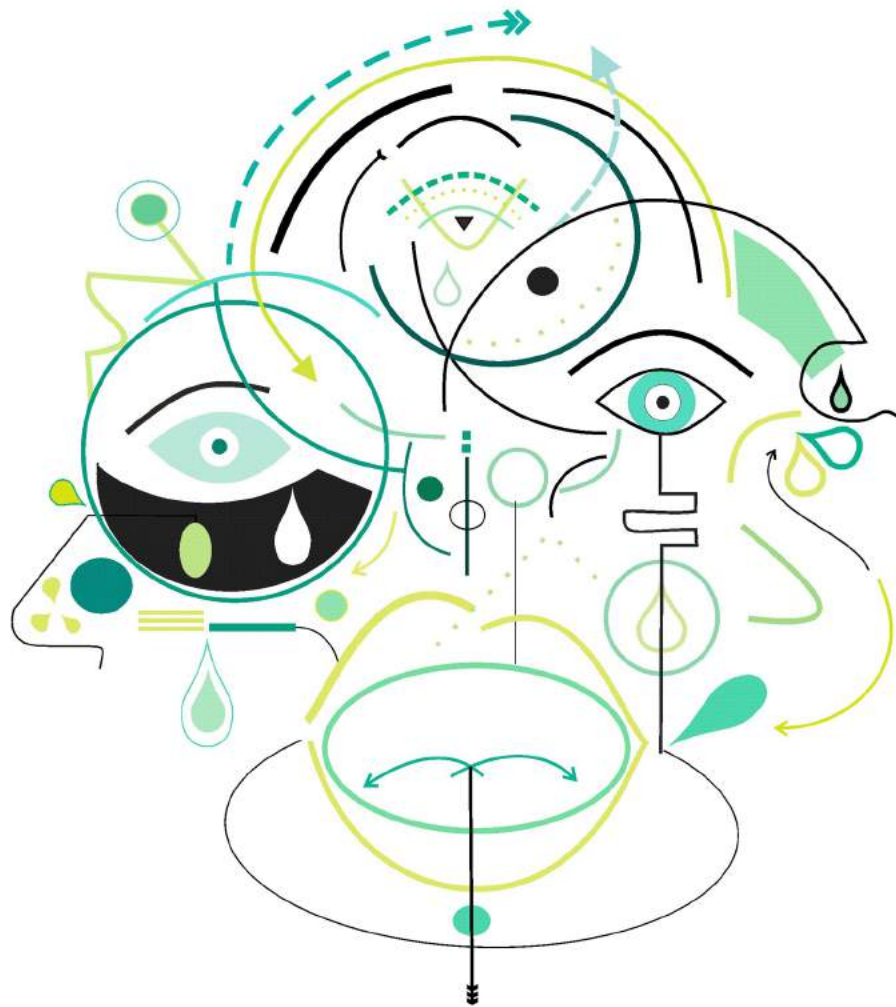
²⁵ Los autores en su investigación sobre la incidencia de la xerostomía en la población, ponen énfasis en el impacto que el síntoma tiene sobre la vida cotidiana de las personas que deriva en situaciones de insomnio, irritabilidad, depresión y aislamiento.

²⁶ Este autor, destaca en su investigación sobre la xerostomía, que es un síntoma muy frecuente en adultos mayores, pero no parece estar relacionada directamente con la edad, sino con las enfermedades y tratamientos que suelen administrarse en esa etapa de la vida.

saliva deben tener acción lubricante y de humedecimiento de la boca. Su uso debe ser frecuente, antes, durante y después de los alimentos. Algunas de las variantes más frecuentes son el agua y la leche, pero dan un alivio pasajero. Las soluciones preparadas con sales que contienen potasio, cloro, sodio, fósforo, magnesio, calcio y flúor, están dirigidas principalmente a remineralizar los tejidos duros.

Según Malchiodialbedi (2007)²⁷, para el control de la halitosis es determinante el control de la lubricación y la higiene oral. No es recomendable el uso indiscriminado de enjuagues bucales antisépticos, para ello se debe brindar asesoría profesional. Es necesario también controlar aspectos involucrados como la mala higiene oral, caries, enfermedad periodontal, dieta, enfermedades respiratorias superiores, reflujo, entre otros. El mantenimiento de la higiene oral y la lubricación es crucial para la prevención y el tratamiento de estas personas. Es importante recordar que el tratamiento es crónico, individual y en muchas ocasiones insuficiente para quienes lo padecen.

²⁷ Esta autora, en su investigación, realiza una lista de salivas artificiales y humectantes bucales, con diferentes composiciones químicas provenientes de Estados Unidos y Venezuela.



Capítulo N°2

“Alteraciones deglutorias
y dificultades práxicas”

La deglución es una función muscular compleja que tiene como objetivo el transporte seguro y eficaz del alimento, en la que actúan músculos de la respiración y del aparato gastrointestinal, por lo que se comprende que la fisiología normal bucofaríngea de la misma depende de la rápida coordinación neuromuscular de la cavidad bucal, faríngea y laríngea durante una interrupción breve de la respiración (Clavé, 2003; Passos Rocha, 2008). Intervienen diversas estructuras anatómicas realizando un proceso que consta de cuatro fases diferentes, aunque frecuentemente hay sobreposición entre ellas. Las dos primeras se encuentran bajo control cortical voluntario, las fases oral preparatoria y oral propulsiva, mientras que las dos últimas son involuntarias y se encuentran bajo control automático reflejo, las fases faríngea y esofágica. Es importante tener en cuenta un paso previo, donde se deposita el alimento en la boca. Es elemental una adecuada apertura bucal, por lo que es necesario del músculo orbicular de los labios para asegurar la continencia oral en su participación en el esfínter oral anterior y así evitar fugas de alimento o babeo.

La fase oral se realiza en la boca, consiste en la preparación y propulsión inicial del bolo alimenticio. Esta fase dura aproximadamente 1 segundo. Es voluntaria, está controlada por la corteza cerebral y los tractos córticobulbares. Compromete la acción de los nervios craneales V, VII y XII. La fase oral es la primera de las tres etapas que debe recorrer el bolo alimenticio antes de pasar al esófago, a su vez se subdivide en 2 fases, fase preparatoria oral y fase oral propulsiva.

En la fase preparatoria oral, gracias a la saliva y los músculos masticatorios, el alimento es triturado, transformándolo en una consistencia óptima y lo posiciona de forma adecuada para que las siguientes fases de la deglución puedan llevarse a cabo. Según Passos Rocha, Chagas Freitas, Falcon Antonucci, Olivera de Almeida y Martins de Silva (2008)²⁸ la masticación puede ser entendida como un conjunto de actos que, constituyen la primera fase del proceso digestivo, captura, corte, desgarramiento, trituración y amasamiento de los alimentos por los dientes a través de la regulación neuromuscular.

El acto masticatorio es un complejo proceso fisiológico, siguiendo a García (2003)²⁹ puede ser dividido en tres etapas: incisión, realizada por el grupo de los incisivos y caninos, que van a promover el corte de los alimentos para que estos puedan ser introducidos en la boca; trituración, realizada por los premolares, que en acción coordinada con la mandíbula lengua y carrillos, mantienen el alimento sobre la superficie oclusal reduciéndolo en pedazos menores; pulverización, realizada por los molares, que transforman el alimento en partículas cada vez menores. En el final de esta fase la producción de saliva ayuda a diluir el bolo alimenticio y lo transforma en un líquido espeso preparado para ser deglutido. De manera

²⁸ Estos autores, realizaron una revisión de la literatura sobre el sistema masticatorio, sus funciones, y alteraciones especialmente relacionadas a la pérdida dentaria. Hacen hincapié en la necesidad de un tratamiento multidisciplinario.

²⁹García, llevó a cabo una investigación sobre la fisiología oral y los trastornos temporomandibulares.

que el principal propósito de la función masticatoria, en el sentido más amplio es el mecánico, a través del cual el alimento debe ser adaptado en tamaño, forma y deglución para su óptima digestión.

“Una buena masticación es necesaria para una perfecta homeostasia del individuo, siendo muy importante para un buen funcionamiento, de todos los órganos del cuerpo humano” (Passos Rocha, Chagas Freitas, Falcon Antonucci, Olivera de Almeida, Martins de Silva, 2008)³⁰

En la masticación se trituran los alimentos y se mezclan con la saliva, por lo tanto, para que esta primera fase sea correcta debe presentarse dos circunstancias esenciales, que existan suficientes dientes con la capacidad de poder morderlos y convertirlos en pequeñas partículas y la otra, es que debe haber suficiente cantidad de saliva, para así iniciar el trayecto de la digestión. La ingestión, masticación y deglución son importantes en la función motora gástrica y ésta función está afectada por la manera como el alimento es ingerido. La trituración desempeña un rol importante en el mantenimiento de una buena motilidad del tracto digestivo debido al aumento del movimiento fisiológico gástrico.

Lo más importante de esta etapa es el conjunto de praxias orofaríngeas, que consisten en la flexibilidad, agilidad, movilidad rotatoria y lateral de la lengua, dos tercios anteriores, y de la actuación de labios, mandíbula, paladar y mejillas en conjunto con el flujo salival para moler y mezclar los alimentos. Durante la realización de la función masticatoria predominan los movimientos de apertura – cierre y los de protrusión - retrusión sobre los de lateralidad.

La coordinación entre el buccinador, que da el volumen a la mejilla, y la lengua es indispensable para la limpieza de los surcos gingivales. (Carretero Anselmo, 2008).³¹

“Se entiende por praxias un sistema de movimientos coordinados en función de un resultado o de una intención” (Tallis, Soprano, 1991)³².

Es posible que falle esta estación si se encuentra una incoordinación de movimientos o la tonicidad de los mismos no es la adecuada.

Según la investigación de Campos Bianchi, Guajardo Arias, Navarrete Lorca y Otéiza Fuentes (2012)³³, cuando no se mastica lo suficiente o la saliva es insuficiente, el bolo alimenticio no está bien lubricado ni descompuesto, con lo que se produce una sensación de pesadez, generando además gases y atascos en el sistema de eliminación. Los órganos por los que va pasando el alimento tendrán que trabajar mucho más y se estará desperdiciando

³⁰ Describieron en su artículo un apartado sobre las alteraciones masticatorias ante la pérdida de piezas dentarias y la mala adaptación de prótesis móviles.

³¹ Este autor, describe la deficiencia masticatoria por pérdida dentaria, hace hincapié en la dispepsia como factor de riesgo.

³² Estos autores, elaboran un libro sobre neuropediatría, neuropsicología y aprendizaje.

³³ Elaboraron una tesis sobre presbifagia y los mecanismos masticatorios y deglutorios alterados.

una cantidad elevada de energía. Siguiendo a este autor, la saliva proporcionará una lubricación de las estructuras orales para que se muevan con la mínima fricción posible, colaborando para una mayor eficiencia masticatoria. Si se carece de ella, primer jugo digestivo, que realiza una primera degradación química de los alimentos, se dificulta comer la mayoría de ellos sin empaparlos antes en agua para poder tragarlos.

La saliva desempeña funciones en el sistema fonoestomatognático, según Cámpora y Falduti (2008)³⁴, ésta no solo participa en la preparación del bolo alimenticio, a través de la acción de las glicoproteínas incorporando y humedeciendo los alimentos triturados y facilitando el deslizamiento del bolo alimenticio, sino que también, aporta humedad a las mucosas de la boca, faringe y vías digestivas, evitando dañar los tejidos. También cumple funciones de limpieza ya que la acción solvente de la saliva promueve la higiene de los dientes, asociado al arrastre realizado por la lengua.

Según Carretero Ancelmo (2008)³⁵, las personas con una pobre capacidad para triturar los alimentos compensan la fuerza y habilidad para masticar adaptando sus comidas o tragando partículas burdas de alimento. El primer tipo de comportamiento induce a que se produzca un desbalance en la dieta y la segunda actitud podría causar una disminución en la disponibilidad de nutrientes y también generar disturbios gástricos e intestinales. La correcta masticación permite deglutir los alimentos sin maltratar la mucosa orofaríngea e incrementar la disponibilidad superficial del bolo alimenticio para la acción enzimática gástrica.

Para los doctores Magaró, (2006)³⁶, la ausencia de una masticación eficaz puede repercutir en la salud del individuo, debido a que su deficiencia puede entorpecer la digestión porque disminuye el sabor de los alimentos, cuando éste es un factor que aumenta el flujo de la saliva. Por ende, dificulta la formación de un bolo alimenticio. Las partículas grandes de alimentos se retienen por más tiempo en el estómago, produciéndose fermentaciones y gases. Este autor, postula que la consistencia de los alimentos es un aspecto a considerar. Los pacientes que experimentan trastornos de la función lingual se manejan mejor con los semisólidos porque pueden controlarlos y deglutirlos con mayor facilidad. No así los sólidos, desgranados o alimentos secos, ya que cuesta más el proceso masticatorio y con frecuencia se adhieren a la lengua y mucosa, dificultando su movilización dentro de la cavidad oral y para su deglución se necesita una mayor lubricación y esmero. También, las comidas picantes, muy condimentadas o frutas, irritan la boca, se pega el

³⁴ Mencionan que la disfagia no es una enfermedad, sino una sintomatología que se puede encontrar en diversas enfermedades.

³⁵ Este autor, propone el término "Eficacia masticatoria" definiéndolo como el número de golpes masticatorios adicionales requeridos para lograr un nivel de pulverización de un determinado alimento.

³⁶ Realizaron una investigación de los trastornos deglutorios comparando el adulto del niño. Relata en el los frecuentes mecanismos de compensación antes los mismos.

alimento en los dientes y dificulta hablar continuamente por unos minutos dado que no hay suficiente sustancia viscosa para la limpieza bucal.

En la fase oral propulsiva, el bolo alimenticio es empujado por un movimiento de elevación del ápice de la lengua y de propulsión anteroposterior, asociado a un retroceso de la raíz de la lengua. El velo del paladar está descendido durante esta fase y asegura la continencia bucal con la base de la lengua, formando el esfínter bucal posterior. Se envía el bolo alimenticio desde la cavidad oral hacia la faringe. Se requiere de la contracción de labios, musculatura oral y mejillas, seguido de la acción muscular de la base de lengua contra el paladar duro y la elevación del velo del paladar, sellando la nasofaringe de la cavidad oral (Logemann, 1998)³⁷.

La lengua, al proyectarse hacia atrás estimula receptores de la región bucofaríngea que envían información al bulbo raquídeo, generando la respuesta neuromuscular adecuada, el reflejo deglutorio. La incompetencia orolabial provoca caída del alimento y pobre preparación del bolo alimenticio. Para que la fase oral de la deglución se lleve a cabo, los sistemas motor y sensitivo de todas las estructuras involucradas deben encontrarse intactas.

La fase faríngea comienza con el reflejo deglutorio, éste provoca la propulsión del bolo alimenticio a través de la faringe, impidiendo el paso de alimento a la rinofaringe con el velo del paladar. Se encuentra bajo control neuromuscular involuntario, con la intervención de los nervios craneales V, X, XI y XII. Esta fase dura aproximadamente 1 segundo. Una vez que el bolo traspasa la fase faríngea se realiza de forma refleja. Para Caviedes, Buchi, Yazigni, Lavados (2002)³⁸, consiste en un mecanismo que asemeja a un sistema coordinado de compuertas, compuesto por la retracción de la lengua, cierre velo palatino, contracción faríngea, elevación laríngea y cierre de la glotis. Este último comienza con la aducción, anteriorización y elevación de los aritenoides hacia la epiglotis, finalizando con el regreso del hueso hioides a su posición de reposo. La elevación de la laringe se acompaña del acortamiento y la medialización de las paredes faríngeas, y de la relajación del músculo cricofaríngeo.

Esta fase es de suma importancia dado que algún desequilibrio, como una penetración de alimento en la vía respiratoria superior, puede llevar a un gran problema de ahogo, provocando asfixia o neumonía por aspiración. El tránsito del bolo por la faringe es un importante indicador de anormalidad, se considera que un tiempo superior a dos segundos es patológico para un adulto de cualquier edad. La disfunción orofaríngea incluye varias

³⁷ Este autor, llevó a cabo una investigación sobre la evaluación de la disfagia y sus aspectos generales. Realiza una descripción clara de sus diferentes acontecimientos a lo largo de las cuatro fases.

³⁸ Caviedes y col., establecen en su investigación una relación entre las alteraciones deglutorias y las enfermedades respiratorias.

categorías: retraso en iniciar la deglución, falta de elevación de la laringe, aspiración de lo ingerido, regurgitación nasofaríngea y residuos de comida en la faringe.

La fase esofágica consiste en la propulsión del bolo alimenticio a través del esófago hasta el estómago. Se encuentra bajo control neuromuscular involuntario. La velocidad normal de propagación del bolo en esta fase es de 3-4 segundos. Según (Napolitano Valenzuela, 2013)³⁹, el esófago está compuesto por una pared muscular y paredes de mucosa y sub mucosa; el flujo de alimentos está controlado por el esfínter esofágico superior, así como el esfínter esofágico inferior controla la entrada del bolo en el estómago. Con la deglución se inicia la peristaltis primaria y la secundaria se inicia con la entrada del bolo al esófago. El tiempo de tránsito del bolo por el esófago es de 10-15 segundos.

Caviedes, Buchi, Yasigi y Lavados (2002)⁴⁰, mencionan que para que el reflejo de la deglución sea adecuado, se requiere de diversos tipos de receptores que puedan detectar la presencia del bolo en la boca, faringe y laringe, ya sea por contacto, presión, movimiento, sabor, temperatura o dolor, y enviar aferencias a la corteza.

En la mucosa supraglótica está la mayor densidad de receptores, especialmente en la superficie laríngea de la epiglotis, cartílagos aritenoides y cuerdas vocales. Con sensibilidad especial para iniciar la deglución, se encuentran los receptores que detectan sabor, temperatura y movimiento del bolo, principalmente en el istmo de las fauces. La relación entre la secreción de saliva y la deglución es estrecha, tal es así que ésta se requiere incluso para una deglución en seco.

“Se considera Disfagia a cualquier problema que surge desde el momento que los alimentos se introducen en la boca hasta que pasan al estómago. Puede tratarse de una molestia, un dolor, e incluso de un bloqueo completo de los alimentos” (Bleeckx, 2004)⁴¹.

La disfagia está dada por la dificultad o alteración en alguna estación del proceso deglutorio, por falta de lubricación bucal, debilitamiento de la musculatura oral, laríngea o faríngea ocasionando una falta de sinergia en los procesos masticatorios y deglutorios. Es un síntoma muy frecuente en las patologías neurológicas tanto degenerativas como adquiridas, también un signo del envejecimiento que sufre un gran porcentaje de los adultos mayores. Los cambios en la fonación suelen sugerir alteración neuromuscular, así como la

³⁹ Napolitano Valenzuela, realiza una investigación acerca del estudio y manejo de problemas de deglución y lenguaje.

⁴⁰ Estos autores, postulan que el 10% de las personas de personas mayores de 50 años, por diferentes factores, padecen de disfagia orofaríngea.

⁴¹ Bleeckx, realiza un gran aporte sobre la evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución, en el niño y el adulto abarcando lo normal y lo patológico.

voz nasal y la regurgitación indica una alteración en el paladar blando y en los constrictores de la faringe. (Caviedes, Buchi, Yasigi y Lavados , 2002)

“La disfagia es un síntoma frecuente en el síndrome de Sjögren. En su etiopatogenia se han implicado diversos mecanismos: falta de saliva, alteraciones funcionales motoras del esófago, presencia de anillos esofágicos, e incluso la existencia de una miositis de intensidad leve” (Gonzalez Beneitez y col., 2001)⁴².

La fase más afectada es la oral – faríngea, lo que derivaría una disfagia orofaríngea. En ésta, las molestias aparecen al comienzo de la deglución. Las personas se atragantan con trozos de alimentos, muchas veces por la misma incapacidad para el armado de un correcto bolo alimenticio. Esto provoca, toser o ahogarse ya sea durante o después de comer, sonidos de gorgoteo de la garganta durante o después de comer, odinofagia después de beber o tragar, masticar o comer lentamente, devolver el alimento al toser después de comer, hipo después de tragar, molestia en el pecho durante la deglución o después de tragar, pérdida de peso inexplicable y puede estar alterada la motilidad gástrica lo que favorece a la aparición del reflujo gastro esofágico.

Según Logemann (2010)⁴³ las personas afectadas por disfagia o dificultad de tragar, se quejan a menudo del hecho de que tosen comiendo, tienen la impresión que la comida se pega en la garganta, que deben frotarse la garganta comiendo, indican que hay cantidad de comida que se queda en su boca o su garganta después de la deglución, lo que trae la necesidad de beber líquidos o realizar degluciones múltiples para una mejor limpieza, y otros problemas ligados a la alimentación. A veces evitan comer alimentos que les son más difíciles de tragar. La aparición del problema es a veces tan lenta que ciertos pacientes no son conscientes de su problema. La sensación de retención a nivel faríngeo de alimentos o comprimidos ingeridos, con el consiguiente carraspeo, suelen ser los primeros síntomas percibidos por la persona. La disfunción orofaríngea incluye varias categorías: retraso en iniciar la deglución, falta de elevación de la laringe, aspiración de lo ingerido, regurgitación nasofaríngea y residuos de comida en la faringe.

González Beneítez y col. (2001)⁴⁴, mencionan que entre las personas con SS, existe la disfagia esofágica provocada por la disminución de mucosa en el esófago. Esta afectación aparece cuando la alimentación sólida y líquida no puede avanzar correctamente por el

⁴² Estos autores describen la disfagia por anillos esofágicos en dicho síndrome. Los mismos son constricciones semilunares de la mucosa esofágica poscricoidea.

⁴³ Este autor, propone un tratamiento de cuatro elementos basados en postura, consistencias, maniobras y alimentación de mayor estimulación sensorial.

⁴⁴ Para estos autores, la disfagia es uno de los síntomas más frecuentes en el SS, pudiendo presentarse hasta en un 75% de los pacientes frente a un 16% de la población general.

esófago. El bolo alimenticio vuelve a ascender. Esto puede provocar vómitos. Una alteración deglutoria puede estar acompañada de otros síntomas como dolor o una sensación de presión o estrechez al tragar. Además, en caso de disfagia, puede aparecer ardor de estómago.

Se presenta una tabla con una clasificación de disfagia propuesta por Cámpora y col. (2012) según la etapa afectada del proceso deglutorio.

Tabla N° 1: "Clasificación de disfagia según la fase alterada"

Disfagia según la fase afectada	Descripción
La disfagia oral preparatoria	La dificultad en tomar alimentos y poder formar un bolo adecuado
La disfagia de fase oral	La dificultad en controlar el bolo alimenticio y lograr la propulsión del mismo
La disfagia de fase faríngea	La dificultad en lograr el vaciamiento faríngeo
La disfagia de fase esofágica	La dificultad está en la disminución del peristaltismo esofágico

Fuente: Adaptado de la clasificación Cámpora y col. (2012) ⁴⁵

Este mismo autor, realizó otra clasificación según el grado de gravedad de la disfagia teniendo en cuenta el compromiso deglutorio y las consistencias toleradas.

Tabla N° 2: "Clasificación de disfagia según el grado de compromiso deglutorio"

Clasificación	Descripción
Deglución Normal	La masticación y deglución son segura y eficiente en todas las consistencias de los alimentos
Disfagia Leve	La masticación y deglución son eficientes en la mayoría de los alimentos, ocasionalmente puede presentar dificultad
Disfagia Moderada	La deglución es aceptable con dieta blanda, pero puede tener dificultad con líquidos y sólidos, requiere supervisión y tratamiento.
Disfagia Moderada Severa	La ingesta oral no es exitosa. Requiere supervisión constante y sólo puede alimentarse con terapeuta
Disfagia Severa	La nutrición del paciente es por método alternativo. No ingiere alimento por boca

Fuente: Adaptado de Cámpora y col. (2012)

⁴⁵ Estos autores, proponen una guía para la correcta aplicación de las técnicas terapéuticas, sus recomendaciones y su funcionalidad. Las mismas son descritas según la etapa deglutoria afectada, para disponer de un nuevo patrón deglutorio eficaz y seguro.

Passos Rocha, Chagas Freitas, Falcon Antonucci, Olivera de Almeida y Marins de Silva (2008)⁴⁶ mencionan que las personas que padecen de disfagia pueden presentar cambios en la tonalidad de la voz luego de la deglución de alimentos, arcadas, dificultad para comer y dialogar a la vez, incapacidad de mantener los labios juntos, reducido control de la lengua, dolor al tragar, dificultad en la masticación, dificultad en el traslado del bolo alimenticio, babeo o dificultad para mantener el alimento dentro de la boca y aumento de secreciones traqueobronquiales, lo que también favorece a cambios en la voz y neumonía a repetición.

Como se mencionó el bolo que llega al estómago mal armado, ya sea por falta de lubricación o por dificultades prácticas puede traer afecciones digestivas. El tubo digestivo está cubierto por una mucosa con múltiples glándulas exócrinas cuya lesión puede originar diversas manifestaciones clínicas. Según Logemann (2010)⁴⁷ los estudios por fibrogastroscofia realizados en pacientes con SS, revelan con relativa frecuencia la presencia de gastritis. La afección gástrica produce una disminución del volumen y del contenido de las secreciones.

Una buena deglución es sustancialmente importante para todos los seres humanos, para la salud física y emocional. El aspecto emocional influye en el bienestar psicosocial. Para que no ocurra una alteración en este aspecto, se necesita de un tragado coordinado, en el mayor grado posible y/o un manejo eficaz de la alteración. Cualquier disturbio a lo largo del paso deglutorio puede causar síntomas de disfagia y una alteración en una región puede estimular un mecanismo compensatorio en otra región

La disfagia puede tener repercusiones profundas en la calidad de vida, tanto en el área social, psicológica, al igual que física, por lo que es importante poder saber cómo se sienten las personas con problemas de deglución. La alimentación es algo que necesitamos todos para poder subsistir, y cualquier condición que pueda afectarla, podría perjudicar la calidad de vida. Estas alteraciones, traen muchas consecuencias negativas en el paciente. Para las personas que tienen este desorden en la deglución, comer y beber dejan de ser actividades sociales y agradables, y se convierte en un problema en su vida daría.

Comer y las horas de comidas son actos cotidianos esenciales que también son importantes en términos de la función de una persona en la familia y la comunidad. Por cierto, Toledo O'Neill (2014)⁴⁸ menciona que la disfagia disminuye la oportunidad para interacción social, y causa ansiedad y problemas de comportamiento durante la hora de

⁴⁶ Estos autores, enfatizan en la necesidad de restaurar protésicamente a las personas con pérdida dental. No sólo bajo el punto de vista estético, sino funcional para restablecer el equilibrio del sistema estomatognático.

⁴⁷ Logemann, postura que no existe un tratamiento único conveniente, sino que las anomalías de la deglución deben ser tratadas en el contexto particular del diagnóstico del paciente.

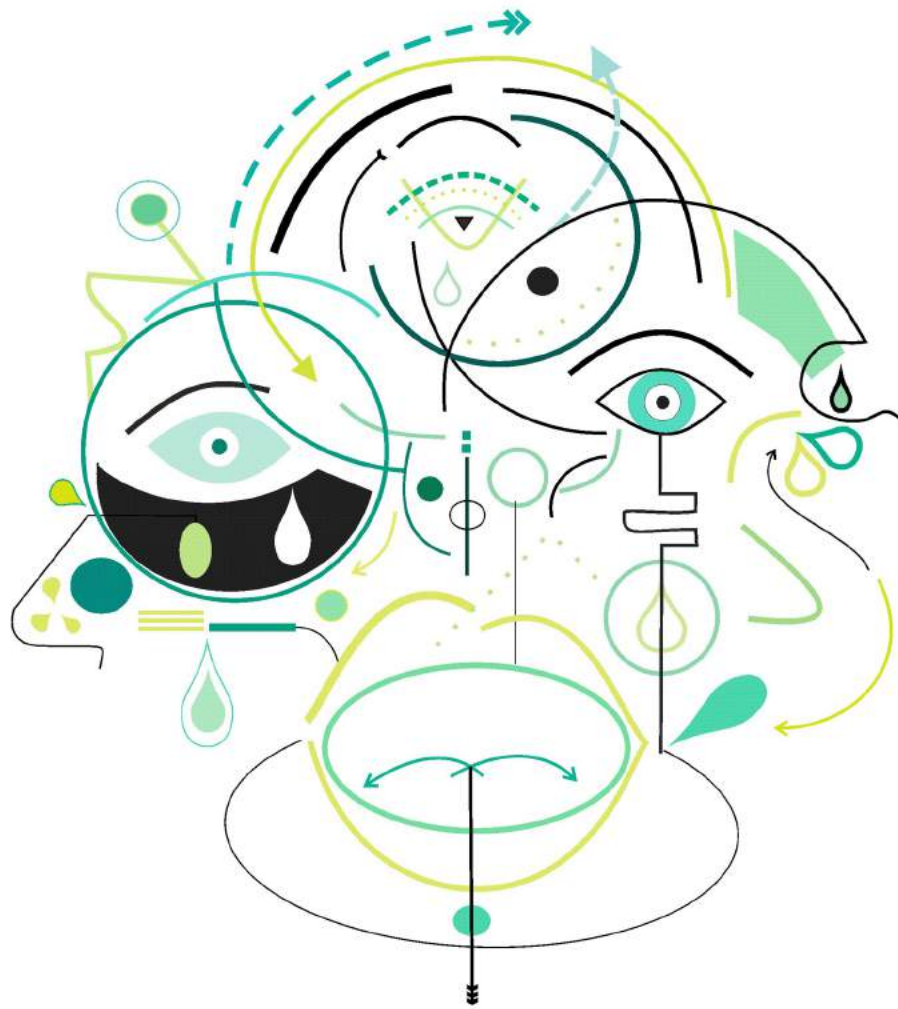
⁴⁸ Esta autora, elaboró una investigación sobre el impacto que tienen los problemas de deglución en la calidad de vida personal y social de las personas que lo padecen.

comer. Esta dificultad está relacionada con sentimientos de vergüenza ya sea por las dificultades que contrae o por depender de otros.

El tratamiento de la disfagia, es único para cada individuo, según la fase y funciones que tenga alteradas. Además, cada persona lleva una vida diferente y es importante adaptar las medidas terapéuticas a la rutina de cada sujeto. Es de suma importancia el apoyo y acompañamiento del entorno social.

Según Clavé, Verdaguer y Arreola (2005)⁴⁹ existen estrategias terapéuticas para los pacientes con disfagia orofaríngea que incluyen cambios en el volumen y viscosidad del bolo, cambios posturales, praxias, maniobras activas, procedimientos de rehabilitación y técnicas de incremento sensorial que han demostrado su eficacia y evitan las complicaciones.

⁴⁹ Realizaron un trabajo sobre el diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea. Recalcan la idea de un manejo interdisciplinario del paciente.



Diseño Metodológico

El diseño de la investigación no experimental porque no se van a manipular deliberadamente las variables; no se construye ninguna situación. Se observan situaciones ya existentes, no provocadas por el investigador. Es de tipo descriptiva ya que indaga los valores en que se manifiestan variables. Cada variable se mide en forma independiente. Es un estudio transversal dado que no existe continuidad en el eje del tiempo, sino que se evalúa la afección en un momento dado

La población considerada en esta investigación es de personas adultas que padezcan Síndrome de Sjögren Primario o Secundario que concurren a un centro de salud de en la ciudad de Mar del Plata en el año 2015 en la consulta reumatológica.

Criterios de Inclusión:

- Poseer Síndrome de Sjögren Primario o Secundario.
- Tener entre 30 y 70 años.

Criterios de Exclusión:

- Padecer patologías neurológicas degenerativas, o adquiridas
- Sufrir reflujo gastroesofágico
- Ser fumador
- Alimentarse por método alternativo.

La muestra consta de 40 personas, con un muestreo no probabilístico por conveniencia.

La unidad de análisis es cada persona adulta que padezca Síndrome de Sjögren Primario o Secundario que concurren a un centro de salud de en la ciudad de Mar del Plata en el año 2015 en la consulta reumatológica.

Selección y definición de variables:

- **MOLESTIAS DEGLUTORIAS**

Conceptual: Síntomas y signos deglutorios anormales que derivan en trastorno deglutorio.

Operacional: Síntomas y signos deglutorios anormales que derivan en trastorno deglutorio presente en personas adultas que padezcan Síndrome de Sjögren Primario o Secundario que concurren a un centro de salud de en la ciudad de Mar del Plata en el año 2015 en la consulta reumatológica. Se consideran molestias deglutorias a las manifestadas durante la deglución, como dolor al tragar, sensación de residuo en la laringe, tos durante o después de la deglución.

- **TRASTORNOS DEGLUTORIOS**

Conceptual: Alteración de la coordinación neuromuscular rápida de los componentes de la cavidad bucal, faríngea y laríngea y su relación con la función respiratoria en cualquiera de sus fases durante la deglución.

Operacional: Alteración de la coordinación neuromuscular rápida de los componentes de la cavidad bucal, faríngea y laríngea y su relación con la función respiratoria en cualquiera de sus fases durante la deglución que padezcan las personas adultas que padezcan Síndrome de Sjögren Primario o Secundario que concurren a un centro de salud de en la ciudad de Mar del Plata en el año 2015 en la consulta reumatológica. Se consideran trastornos deglutorios a la presencia de dificultades como mal cierre labial, escasa movilidad lingual, deficiente masticación, reducidos movimientos mandibulares, falta de sensibilidad oral, incorrecta limpieza bucal, retraso del reflejo deglutorio, presencia de tos, movimientos peristálticos reducidos; evidenciados en las dos primeras etapas deglutorias que imposibiliten la deglución normal de cualquier consistencia alimenticia.

- **PRAXIAS OROFACIALES**

Conceptual: *Sistema de movimientos coordinados de la musculatura orofacial en función de un resultado o de una intención.*

Operacional: *Sistema de movimientos coordinados de la musculatura orofacial en función de un resultado o de una intención presentes en personas adultas que padezcan Síndrome de Sjögren Primario o Secundario que concurren a un centro de salud de en la ciudad de Mar del Plata en el año 2015 en la consulta reumatológica. Es considerada la facultad de poder realizar de manera eficaz los movimientos necesarios de lengua, labios y mandíbula, para la masticación correcta de los alimentos.*

- **TIPO DE SUSTANCIAS ALIMENTICIAS:**

Conceptual: Es todo tipo de sustancia nutritiva posible de ingerir en la alimentación.

Operacional: Es todo tipo de sustancia nutritiva posible de ingerir en la alimentación por personas adultas que padezcan Síndrome de Sjögren Primario o Secundario que concurren a un centro de salud de en la ciudad de Mar del Plata en el año 2015 en la consulta reumatológica.

Se toma como referente:

- Sustancias frías: Aquellas cuya temperatura se encuentra debajo del ambiente.
- Sustancias calientes: Aquellas cuya temperatura se encuentra superior al ambiente
- Sustancias irritantes: Aquellas que por sus componentes provocan irritación de la mucosa bucal.
- Sustancias friables: Aquellas sustancias sólidas que se desgranar con poca presión.

- **DIFICULTADES ASOCIADAS A LA XEROSTOMÍA**

Conceptual: Alteraciones en el sistema fonoestomatognático como consecuencia de la sensación subjetiva de sequedad bucal provocada por una alteración del funcionamiento de las glándulas salivales.

Operacional: Alteraciones en el sistema fonoestomatognático como consecuencia de la sensación subjetiva de sequedad bucal provocada por una alteración del funcionamiento de las glándulas salivales presentes en personas adultas que concurren a un centro de salud de en la ciudad de Mar del Plata en el año 2015 en la consulta reumatológica. En estas dificultades se incluyen como dimensiones: pérdida del sentido del gusto, dificultades en la masticación, presencia de úlceras bucales, aparición de caries reticulares, pérdida de piezas dentarias y halitosis.

- ✓ **PÉRDIDA DEL SENTIDO DEL GUSTO**

Conceptual: Deterioro o alteración del sentido del gusto. Puede estar dado por una distorsión del gusto y la temperatura hasta una pérdida completa del mismo.

Operacional: Deterioro o alteración del sentido del gusto. Puede estar dado por una distorsión del gusto y la temperatura hasta una pérdida completa del mismo que sufren las personas adultas que padezcan Síndrome de Sjögren Primario o Secundario que concurren a un centro de salud de en la ciudad de Mar del Plata en el año 2015 en la consulta reumatológica. Se considera pérdida del gusto a una mínima alteración del sentido del mismo provocando distorsión ya sea aumento o disminución en la sensación del gusto y la temperatura.

- ✓ **DIFICULTADES EN LA MASTICACIÓN**

Conceptual: Alteración en la degradación mecánica de los alimentos cuyos fragmentos son unidos por la saliva, obteniéndose un bolo alimenticio apto para ser deglutido.

Operacional: Alteración en la degradación mecánica de los alimentos cuyos fragmentos son unidos por la saliva, obteniéndose un bolo alimenticio apto para ser deglutido en personas adultas que padezcan Síndrome de Sjögren Primario o Secundario que concurren a un centro de salud de en la ciudad de Mar del Plata en el año 2015 en la consulta reumatológica. La alteración en la degradación de los alimentos es ocasionada por la xerostomía dando como resultado una imposibilidad en la formación correcta del bolo alimenticio.

Se toman como indicadores:

- Pérdida de piezas dentarias o posibilidad de utilizar prótesis dental
- Mala presión labial

- Ruidos al tragar
- Dolor al tragar
- Existencia de residuos de alimento en la boca luego de acabar la deglución

✓ **PRESENCIA DE ÚLCERAS BUCALES:**

Conceptual: Lesiones abiertas en la boca que causan dolor, sangrado e infección en la mucosa bucal.

Operacional: Lesiones abiertas en la boca que causan dolor, sangrado e infección en la mucosa bucal que sufren personas adultas que padezcan Síndrome de Sjögren Primario o Secundario que concurren a un centro de salud de en la ciudad de Mar del Plata en el año 2015 en la consulta reumatológica. Se considera la respuesta del paciente frente a la encuesta sobre la presencia de las mismas.

✓ **APARICIÓN DE CARIES RADICULARES:**

Conceptual: Destrucción del tejido del esmalte dentario causando pérdida total o parcial de la pieza afectada.

Operacional: Destrucción del tejido del esmalte dentario causando pérdida total o parcial de la pieza afectada presente en personas que padezcan Síndrome de Sjögren Primario o Secundario que concurren a un centro de salud de en la ciudad de Mar del Plata en el año 2015 en la consulta reumatológica. La destrucción total o parcial de alguna pieza dentaria es ocasionada como una consecuencia negativa de la xerostomía. Se toma la respuesta del paciente frente a la encuesta respecto a la aparición de las mismas.

✓ **PERDIDA DE PIEZAS DENTARAS**

Conceptual: Ausencia de alguno de los dientes en una persona adulta, fuera del periodo infantil de caída de los dientes de leche y salida de los permanentes.

Operacional: Ausencia de alguno de los dientes en una persona adulta, fuera del periodo infantil de caída de los dientes de leche y salida de los permanentes en personas adultas que padezcan Síndrome de Sjögren Primario o Secundario que concurren a un centro de salud de en la ciudad de Mar del Plata en el año 2015 en la consulta reumatológica. La pérdida total o parcial de piezas dentarias es ocasionada por la enfermedad periodontal. Se evalúa mediante la observación, y la respuesta del paciente frente a la encuesta.

✓ **HALITOSIS**

Conceptual: Sensación de mal aliento u olor bucal desagradable.

Operacional: Sensación de mal aliento u olor bucal desagradable que padecen personas adultas que padezcan Síndrome de Sjögren Primario o Secundario que concurren a un centro de salud de en la ciudad de Mar del Plata en el año 2015 en la consulta reumatológica. La sensación de mal aliento es generada por la enfermedad periodondal que causa la Xerostomía. Se evalúa a través de la encuesta al paciente.

• **UTILIZACIÓN DE TRATAMIENTOS MEDICAMENTOSOS**

Conceptual: Terapia basada en la aplicación de medicamentos para la curación o mejoramiento de las enfermedades.

Operacional: Terapia basada en la aplicación de medicamentos para la curación o mejoramiento de las enfermedades que utilizan personas adultas que padezcan Síndrome de Sjögren Primario o Secundario que concurren a un centro de salud de en la ciudad de Mar del Plata en el año 2015 en la consulta reumatológica. La utilización de medicamentos para disminuir y mejorar los síntomas ocasionados por el Síndrome de Sjögren. Se toma como indicador la respuesta del paciente frente a la encuesta.

• **UTILIZACIÓN DE TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS**

Conceptual: Terapia complementaria que se utiliza en conjunto a la medicina convencional, acompañándola con prácticas prescriptas por cualquier persona y que no posee ninguna demostración científica de su eficacia.

Operacional: Terapia complementaria que se utiliza en conjunto a la medicina convencional, acompañándola con prácticas prescriptas por cualquier persona y que no posee ninguna demostración científica de su eficacia, utilizadas por personas adultas que padezcan Síndrome de Sjögren Primario o Secundario que concurren a un centro de salud de en la ciudad de Mar del Plata en el año 2015 en la consulta reumatológica. Es la utilización de diferentes prácticas alternativas a la medicina convencional como son el reiki, yoga, meditación, consumo de flores de Bach, así como recetas caseras para contrarrestar la disminución de la saliva, utilizándolas para mejorar sus dolencias como única terapia y otros.

• **UTILIZACIÓN DE MECANISMOS COMPENSATORIOS**

Conceptual: Maniobras alternativas para restaurar la disfunción del sistema o actividad.

Operacional: Maniobras alternativas para restaurar la disfunción del sistema o actividad realizada por personas adultas que padezcan Síndrome de Sjögren Primario o Secundario que concurren a un centro de salud de en la ciudad de Mar del Plata en el año

2015 en la consulta reumatológica. Se considera cualquier maniobra o práctica realizada para mejorar la alteración fonostomatognática, como, tomar agua para ayudar a tragar el alimento, tragar agua más de una vez o toser para limpiar los residuos, cambios posturales al momento de la deglución y la eliminación de determinados alimentos que perjudican la misma.

- **ALTERACIÓN DE LAS CUALIDADES DE LA VOZ**

Conceptual: Modificación de las características que distinguen y definen la voz humana.

Operacional: Modificación de las características que distinguen y definen la voz humana en personas que padezcan Síndrome de Sjögren Primario o Secundario que concurren a un centro de salud de en la ciudad de Mar del Plata en el año 2015 en la consulta reumatológica. Las modificaciones de las características de la voz, ocasionadas por falta o resequedad de la mucosa. Se evalúa con la escala RASATI, indica la presencia o ausencia de ronquera, aspereza, soplocidad, astenia, tensión o inestabilidad en la voz. Se mide en una graduación de 0 a 3, siendo 0 indicador de normalidad, sin alteración. EL 1 indica una alteración leve, 2 alteración moderada y 3 representa una alteración severa.

Se presenta el consentimiento informado utilizado en la investigación y luego la encuesta y la grilla de observación aplicadas.

Mi nombre es Luciana Fiore, estudiante de Licenciatura en Fonoaudiología en la Universidad FASTA, Facultad de Ciencias Médicas.

Acudo a usted, por su colaboración con una encuesta personal con el propósito de recabar datos para poder concluir con mi tesis de Licenciatura.

Mi investigación está basada en el Síndrome reumático de Sjögren. El objetivo principal es analizar los trastornos Fonoestomatognáticos y Deglutorios presentes en dicho Síndrome, presente en personas adultas, en la ciudad de Mar del Plata en el año 2015.

La finalidad del estudio es indagar sobre las alteraciones Fonoestomatognáticas que conlleva esta entidad. Para esto, necesito realizarle una encuesta que puede elegir contestar abiertamente o no, de acuerdo a su comodidad.

La información que provea en el curso de la investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin su consentimiento.

Yo.....acepto participar en esta investigación habiendo sido informado (a) y entendiendo el objetivo y características del estudio.

FIRMA

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Sexo: F M

Edad: ____

¿Hace cuánto le diagnosticaron la enfermedad? ____

¿Tiene alguna enfermedad Reumática asociada? Si No No sabe

Profesionales que lo atienden desde el diagnóstico de la enfermedad:

Reumatólogo Oftalmólogo Odontólogo Dermatólogo Fonoaudiólogo

Otros:

¿Alguna vez le hicieron un estudio de deglución? Si No No sabe ¿Recuerda el resultado? Si No No sabe *Dificultad al momento de comer:*Dificultad para masticar los alimentos: Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca Dificultad para tragar los alimentos: Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca Necesidad de tragar más de una vez: Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca Utiliza líquido para poder tragar: Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca Sensación de comida en la garganta luego de tragar: Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca *Modificaciones en algún hábito alimenticio:*¿Dejo de comer determinados alimentos que le traían dificultad?: Si No No sabe ¿Modificó horarios de comida?: Si No No sabe ¿Hay alguna sustancia o alimento que presente mayor dificultad para la deglución? Si No No sabe ¿Hay alguna sustancia o alimento que presente menor dificultad para la deglución? Si No No sabe *Otras dificultades asociadas al Síndrome:*

Intolerancia a determinados alimentos por:

-Alteración del gusto de los alimentos o bebidas: Si No No sabe -Alteración en la temperatura de los alimentos o bebidas: Si No No sabe

-Otros:

Sensación de mal aliento: Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca ¿Tiene úlceras bucales?: Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca ¿Tuvo pérdida de piezas dentarias desde que le diagnosticaron la enfermedad? Si No No sabe ¿Usa prótesis dental?: Si No ¿Tiene dificultades para usarla?: Si No ¿Siente dificultad para hablar?: Si No

¿Utiliza líquido, pastilla, chicle o saliva artificial para hablar por tiempo prolongado?:

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

¿Siente cambios en su voz desde que le detectaron la enfermedad?: Si No No sabe

¿Siente distinta su voz luego de comer?: Si No No sabe

¿Otra alteración asociada a la enfermedad que no se haya mencionado?

¿Realiza algún tipo de tratamiento medicamentoso específico? Si No Cual / es

¿Realiza algún tipo de tratamiento complementario?

Reiki

Yoga

Meditación

Medicamentos naturales: Si No Cual / es

Otro:

Guía de observación:

Praxias Orofaciales:

- Movimientos de lengua
- Movimientos de labios
- Movimientos de mejillas

Evaluar la deglución y el habla a través de la observación para detectar posibles maniobras compensatorias

- Ascenso y descenso laríngeo
- Movimientos compensatorios
- Prension labial
- Otros

Evaluar a través de la escala RASATI las cualidades de la voz

Ronquera: ()

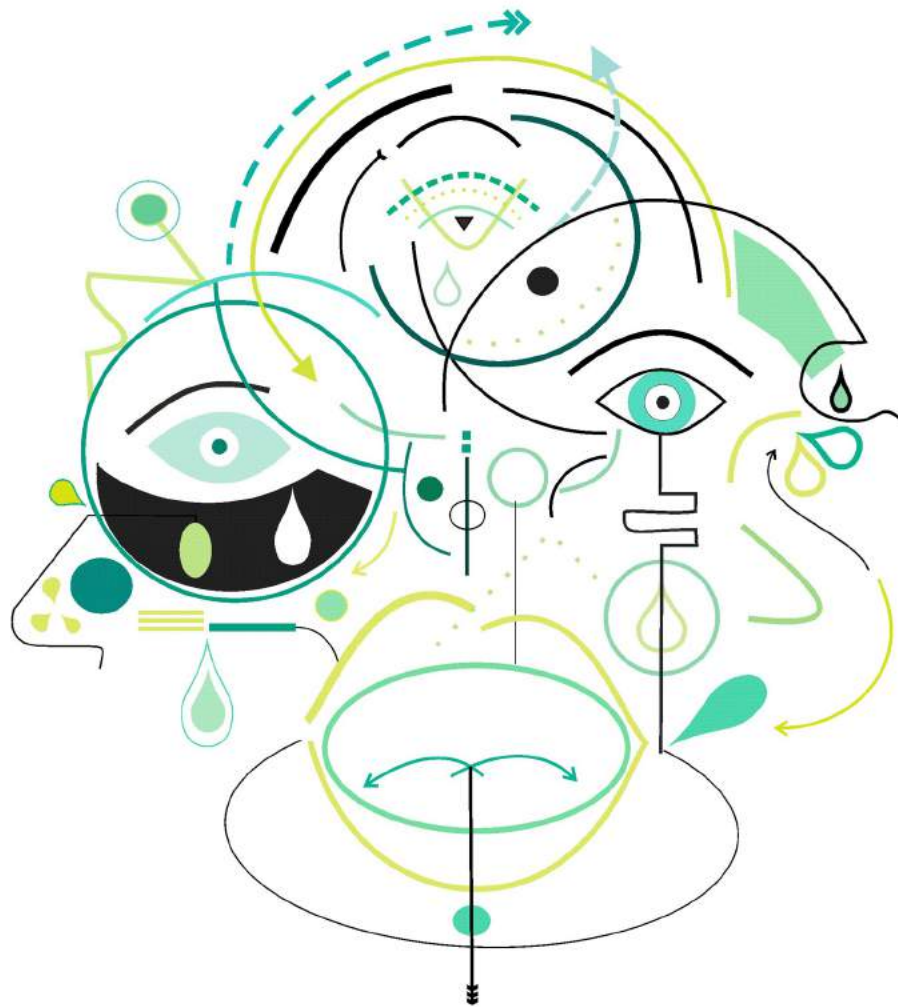
Aspereza: ()

Soplosidad: ()

Astenia: ()

Tensión: ()

Inestabilidad: ()

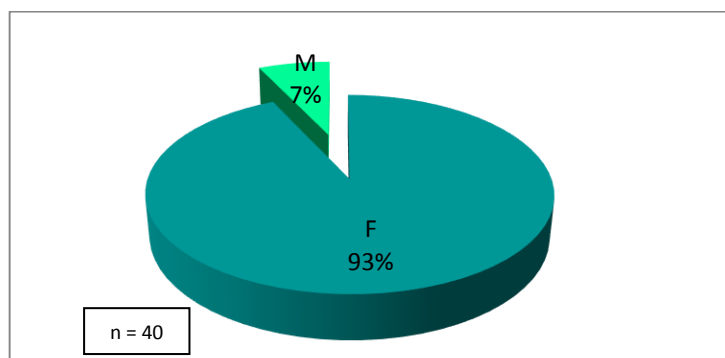


Análisis de datos

Se describen los trastornos fonostomatognáticos y deglutorios, en una muestra de 40 pacientes que padecen Síndrome reumático de Sjögren, que no poseen patologías neurológicas degenerativas o adquiridas, reflujo gastroesofágico crónico o que se alimentan por método alternativo y que concurren a un instituto de salud de la ciudad de Mar del Plata para su tratamiento durante el año 2015.

Inicialmente se presenta la composición por sexo de los pacientes que participan de la muestra:

Gráfico N° 1: Distribución por sexo

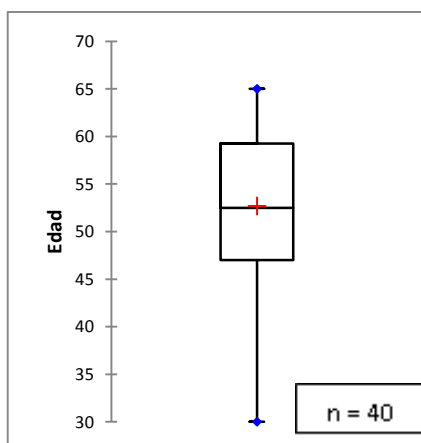


Fuente: Elaboración Propia

Se observa una amplia prevalencia de personas de sexo femenino, representando un 93% de la muestra. Acorde con lo expresado en la bibliografía, coincide que el Síndrome es más frecuente en mujeres que en hombres.

La edad de los pacientes que participaron de éste estudio, presenta la distribución que se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 2: Distribución por edad

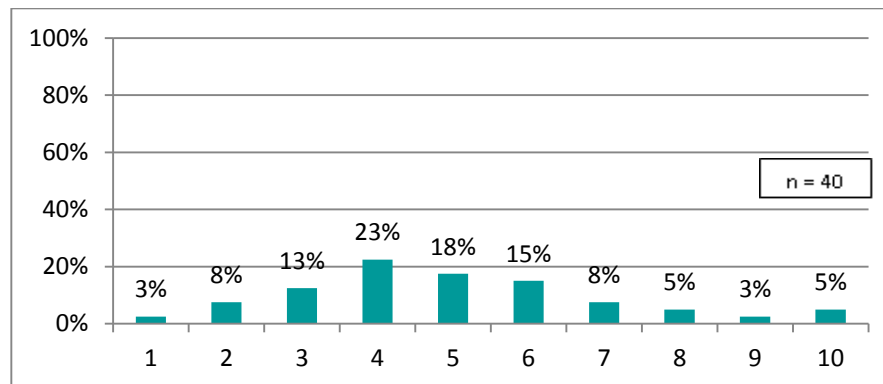


Fuente: Elaboración propia

Se observa que el rango etario se encuentra entre 25 a 65 años y se registra un valor promedio de 52,5 años. El 50% central de los datos oscila entre 47 y 59,2 años. La distribución de las edades resulta asimétrica. Como se ha mencionado en el desarrollo, el Síndrome de Sjögren es prevalente entre la cuarta y quinta década de la vida.

Respecto el tiempo de diagnóstico del Síndrome entre los pacientes encuestados, los resultados se presentan en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 3: Distribución por el tiempo de diagnóstico

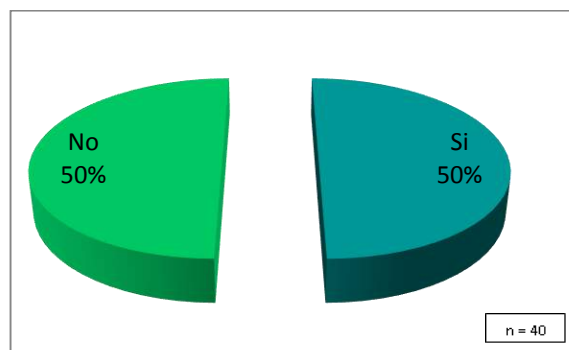


Fuente: Elaboración propia

A partir del gráfico anterior, se observa que aproximadamente el 70% de la muestra se encuentra entre los 3 y 6 años de diagnóstico de Síndrome de Sjögren. El porcentaje más alto, corresponde a los 4 años del mismo representando el 23% de los pacientes encuestados. Es posible que el inicio de la enfermedad haya sido años antes que su diagnóstico certero, ya que los síntomas son percibidos por las personas luego de varios años instalado el Síndrome, sobre todo en el caso del SS Primario que no se encuentra asociado a una enfermedad reumática de base lo que su diagnóstico es aún más tardío. La enfermedad sigue un proceso crónico por lo que se puede encontrar a las personas en momentos evolutivos diferentes.

Posteriormente se indaga acerca del hecho de poseer una enfermedad reumática asociada de base, lo cual representa la distribución de Sjögren Primario y Secundario. Los resultados obtenidos se presentan en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 4: Distribución según Síndrome Primario o Síndrome Secundario



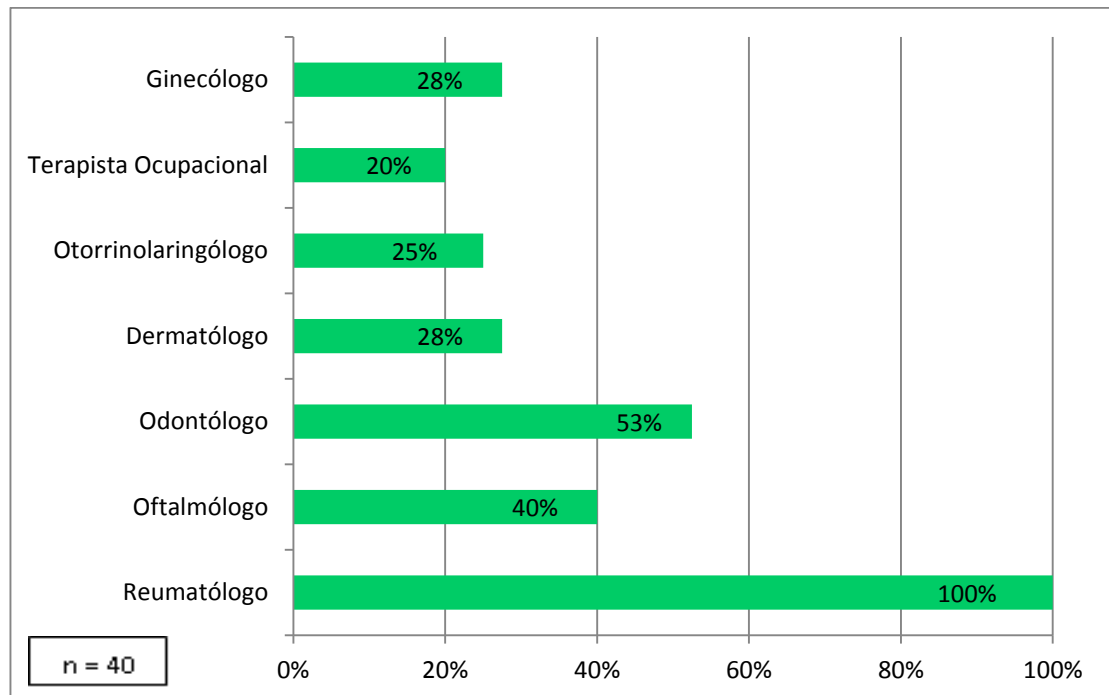
Fuente: Elaboración propia

Se observa una distribución equitativa entre las personas que padecen Síndrome de Sjögren Primario y las que tienen Síndrome de Sjögren Secundario, es decir aquellas que presentan una enfermedad reumática de base. Aunque ambos diagnósticos conllevan el

Síndrome de boca seca, al momento de la encuesta, se puede apreciar que las alteraciones del SS Primario se encuentran más acentuadas que el SS Secundario.

En cuanto a los profesionales que lo tratan por la mencionada patología, el gráfico indica los siguientes resultados:

Gráfico N° 5: Distribución según los profesionales que lo tratan



Fuente: Elaboración propia

Entre los profesionales a los que concurren las personas que padecen Síndrome de Sjögren, se observa que la totalidad de las mismas asisten al Reumatólogo siendo ésta la especialidad de cabecera. De hecho, las personas fueron evaluadas en la consulta a este servicio. Le siguen el Odontólogo al cual visita el 53% de la muestra y el Oftalmólogo con un 40%. En menores porcentajes encontramos al Dermatólogo y el Ginecólogo, representando cada uno un 28%.

Tales resultados podrían relacionarse al hecho de que la hiposalivación provoca un desequilibrio en la cavidad oral produciendo diferentes infecciones en la misma. También, la sequedad de la mucosa produce xeroftalmia afectando la mucosa del globo ocular, xerodermia, y desecación vaginal.

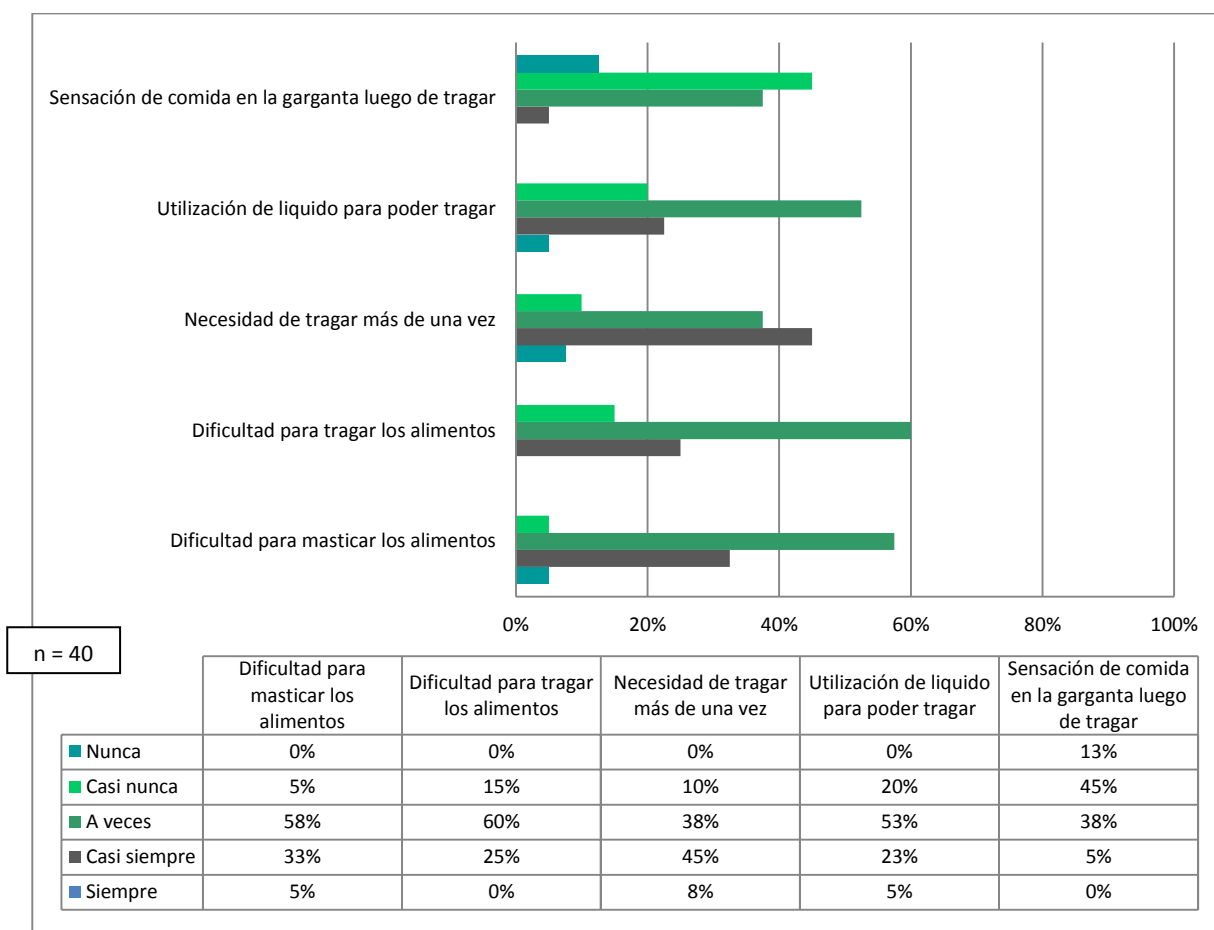
Las personas que asisten a Terapia Ocupacional son en gran medida aquellas que padecen Síndrome de Sjögren Secundario. Esto podría deberse a los dolores y molestias que genera la Artritis Reumatoide que padecen como enfermedad de base al síndrome.

A pesar de estas dificultades mencionadas, ningún paciente concurre a tratamiento fonoaudiológico.

Un 25% de la muestra visita al Otorrinolaringólogo. Sin embargo, al indagar si los encuestados han realizado algún estudio de deglución, en la totalidad de los casos se advierte una respuesta negativa.

En cuanto a la existencia de las dificultades al momento de comer, los resultados se plasman en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 6: Distribución según las dificultades a la hora de comer



Fuente: Elaboración propia

Puede observarse que un 58% de las personas encuestadas a veces presentan dificultad para masticar los alimentos, mientras que un 33% casi siempre tiene esta dificultad.

Por otro lado un 60% de los pacientes a veces padecen dificultad para tragar los alimentos, seguido por un 25% que manifiestan casi siempre esta dificultad.

Respecto de la necesidad de tragar más de una vez, predomina un 45% haciéndolo casi siempre, mientras que un 38% lo realiza sólo a veces.

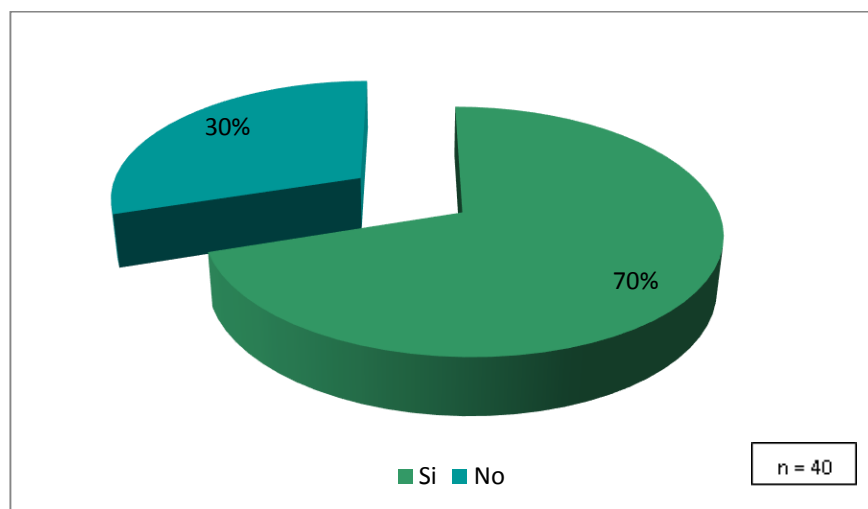
Al analizar la necesidad de los líquidos al deglutir alimentos un 53% manifiesta hacerlo a veces mientras que un 23% manifiesta hacerlo casi siempre.

Finalmente, respecto de la sensación de comida en la garganta luego de tragar, un 45% casi nunca presenta sensación mientras que un 38% a veces tiene esa sensación.

Tales resultados pueden asociarse a la falta de lubricación de la boca y laringe. Sin abundante saliva, posiblemente, se dificulte la formación del bolo alimenticio, se presente la necesidad de utilizar líquido para tragar, de realizar degluciones múltiples para limpiar la cavidad oral de los residuos que quedan en la boca, así como de que exista la posibilidad de percibir sensación de comida en la garganta luego de tragar.

En cuanto a haber dejado de comer determinados alimentos que le traían dificultad para la masticación o deglución.

Gráfico N° 7: Distribución según las personas que dejaron de comer alimentos que le traían dificultad

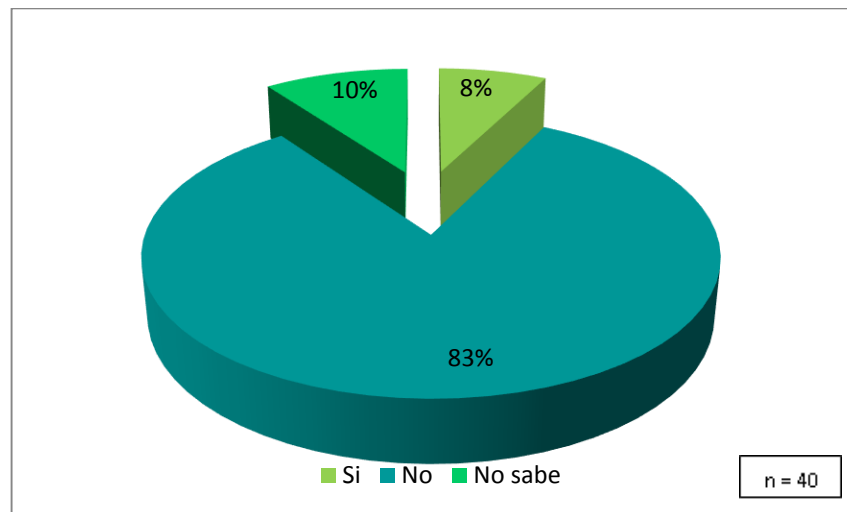


Fuente: Elaboración propia

El 70% de las personas encuestadas dejó de comer alimentos que le traían dificultad mientras que un 30% no lo hizo. Tales resultados pueden deberse a las dificultades a la hora de comer antes mencionadas, a las alteraciones en las praxias y a un factor social, dado que algunos pacientes manifiestan que a la hora de comer están pendientes de estas dificultades. En cambio, comiendo aquellas cosas que favorecen la deglución pueden realizar una actividad normal sin presentar dificultad y sintiéndose más cómodos al momento de comer.

Respecto a la modificación de los horarios de las comidas en su vida diaria, los resultados obtenidos se presentan en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 8: Distribución según las personas que modificaron horarios de comidas



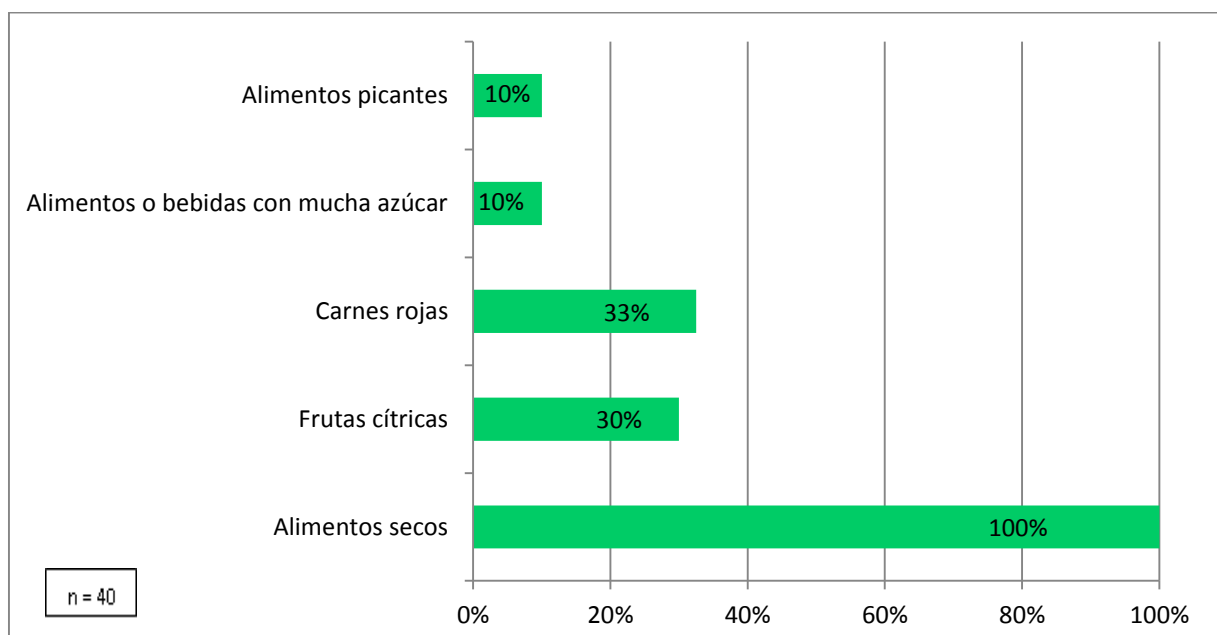
Fuente: Elaboración propia

Entre las personas encuestadas, el 82% no realizó modificaciones en los horarios de las comidas. Un bajo porcentaje sí los modificó, mientras que un 10% no lo sabe.

Tales resultados pueden relacionarse con que la mayoría de las personas decidieron dejar de comer aquellos alimentos que le traían dificultad en vez de modificar el horario de las comidas.

En referencia a aquellas sustancias o alimentos que presentan mayor dificultad para la deglución:

Gráfico N° 9: Distribución según los alimentos que presentan mayor dificultad para la deglución



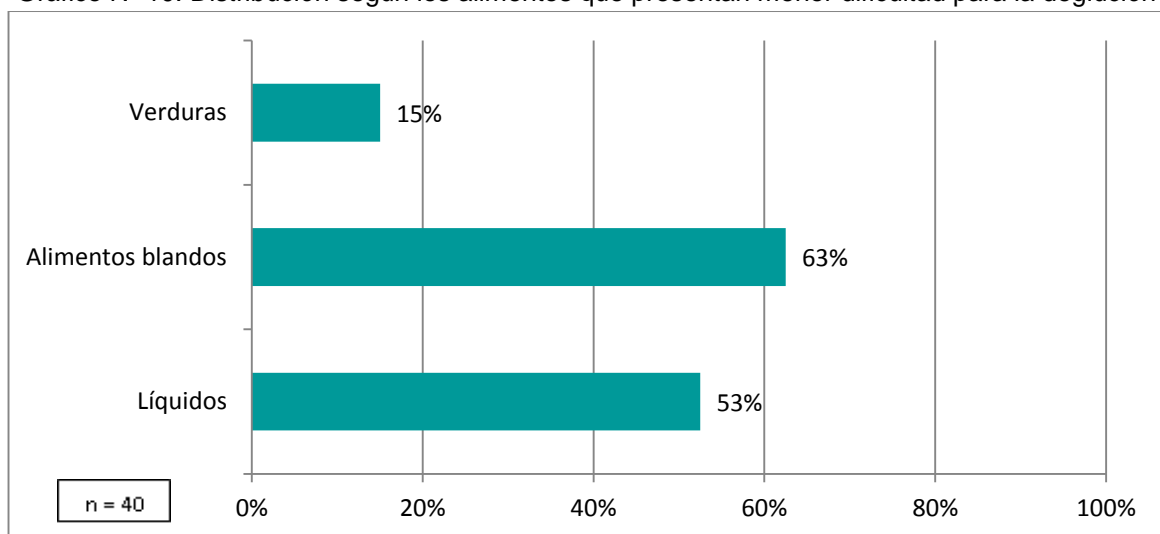
Fuente: Elaboración propia

Entre los alimentos que presentan mayor dificultad para la deglución se observa que la totalidad de la muestra menciona los alimentos secos. Le sigue, en orden de mención, el consumo de carnes rojas representando un 33% de la muestra y las frutas cítricas con un 30%. En menores porcentajes encontramos los alimentos o bebidas muy azucaradas y los alimentos picantes mencionados solo con un 10%.

Tales resultados pueden asociarse a que cuesta más masticar alimentos secos, desgranados o friables y con frecuencia se adhieren a la lengua y la mucosa precisando de una mayor lubricación y esmero para ser deglutidos. En cuanto a los alimentos picantes y las frutas cítricas se debería a que son astringentes e inflaman la mucosa. Lo mismo puede suceder con los alimentos con gran contenido de azúcar, que además no coopera al cuidado de la salud bucodental. En cuanto a las carnes rojas, se advierte la dificultad en el mismo acto deglutorio ya que cuesta tragarlas y en oportunidades podrían provocar odinofagia.

En el caso de alimentos o sustancias que presentan menor dificultad para la deglución, se registran los siguientes resultados.

Gráfico N° 10: Distribución según los alimentos que presentan menor dificultad para la deglución



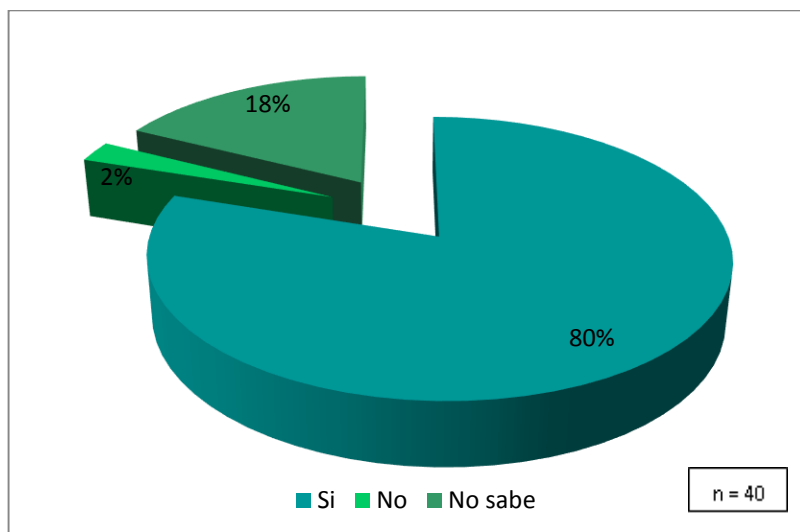
Fuente: Elaboración propia

Entre los alimentos que presentan menor dificultad para la deglución se observa que un 63% menciona los alimentos blandos. Le siguen, en orden de mención, las sustancias líquidas con un 53% y las verduras con un 33% según lo referido por las personas encuestadas.

Estos resultados pueden relacionarse con que son alimentos que necesitan escasa masticación, requieren menos esfuerzo para la deglución y son húmedos lo que favorece a la sequedad bucal.

Respecto a las posibles alteraciones del sentido del gusto de determinados alimentos o bebidas, los resultados obtenidos se presentan en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 11: Distribución según las alteraciones en el gusto

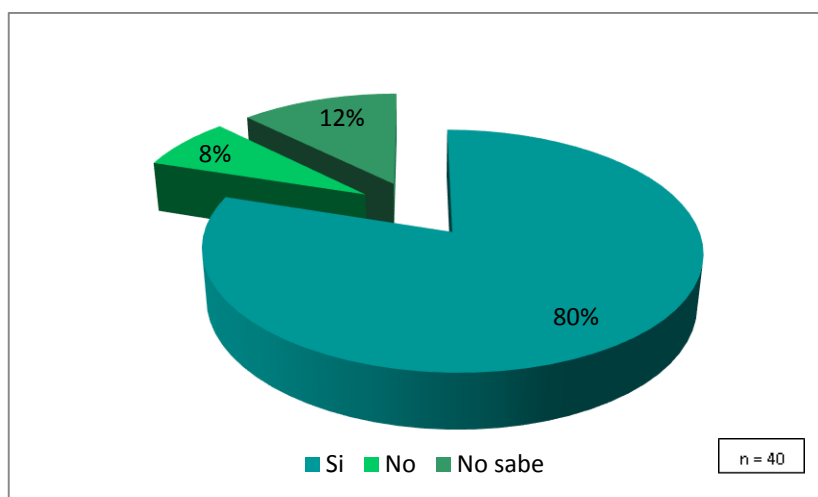


Fuente: Elaboración propia

Se observa que el 80% de los pacientes presentan alteraciones del sentido del gusto de los alimentos y bebidas, mientras que un 18% no saben si padecen o no esta alteración. La disgeusia puede asociarse a que en dicho Síndrome dada la sequedad nasal provoca disosmia. Tanto las papilas gustativas como el olfato se combinan para la percepción del sabor. Por lo tanto disminuyendo la función de las papilas gustativas por la hiposalivación y teniendo alterado el sentido del olfato se distorsiona o dificulta la percepción del gusto de determinados sabores.

En cuanto a las alteraciones respecto de la sensación de la temperatura de los alimentos y bebidas, se muestran los resultados obtenidos en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 12: Distribución según las alteraciones en la temperatura

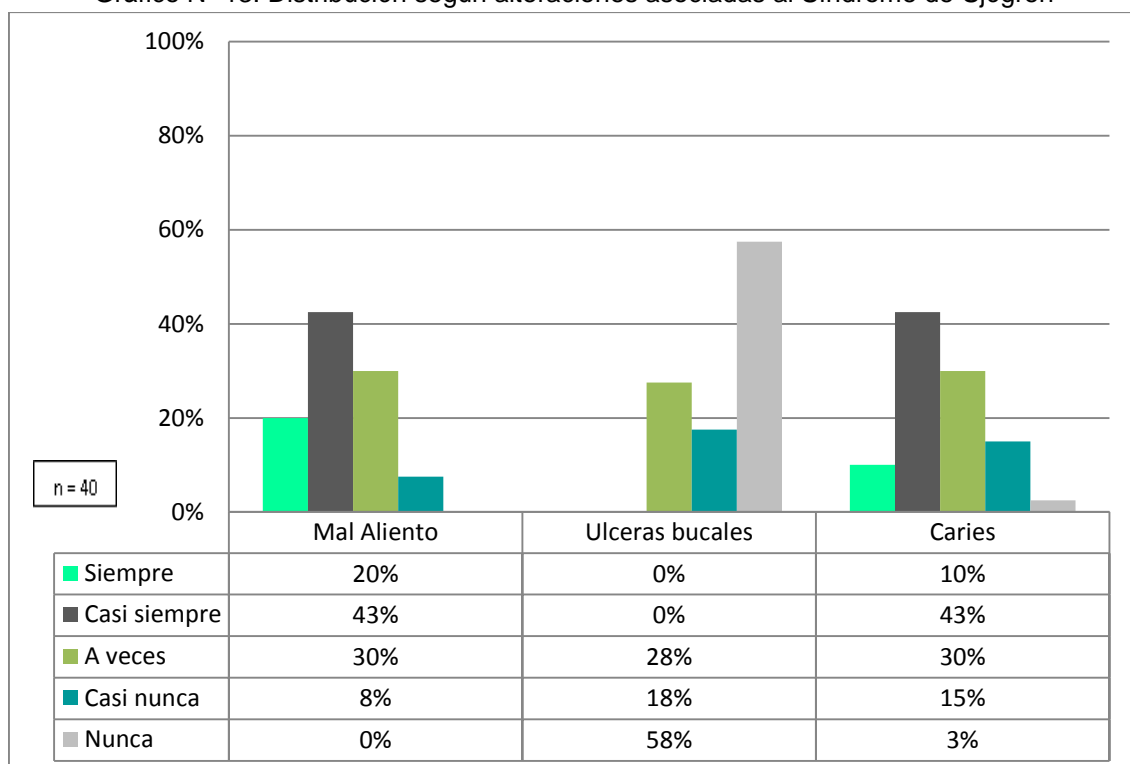


Fuente: Elaboración propia

Se observa que un 80% de la muestra presenta alteraciones en la sensación de la temperatura de los alimentos y bebidas, seguido por un 12% que no sabe si presenta o no dichas alteraciones. La alteración de la temperatura, sobre todo a sustancias muy calientes puede deberse al estado de la mucosa sin lubricación, dado que es en la mucosa supraglótica donde se encuentra la mayor densidad de receptores que detectan la temperatura .

Respecto de otras alteraciones asociadas al síndrome de Sjogren como sensación de mal aliento, presencia de úlceras bucales y de caries, los resultados obtenidos se presentan en el siguiente gráfico:

Gráfico Nº 13: Distribución según alteraciones asociadas al Síndrome de Sjögren



Fuente: Elaboración propia

Puede observarse que un 43% de las personas encuestadas casi siempre presentan sensación de mal aliento, mientras que un 30% a veces tiene esta dificultad.

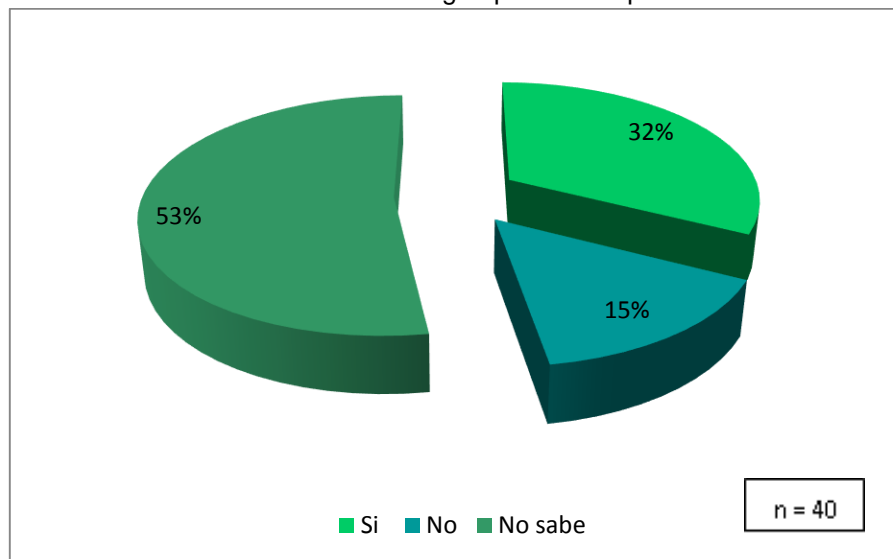
Por otro lado un 58 % de los pacientes nunca presentaron úlceras bucales, seguido por un 28% que manifiestan a veces tener esta dificultad.

Respecto a la presencia de caries, predomina un 43% sufriendolo casi siempre, mientras que un 30% lo padece sólo a veces.

Estos resultados pueden relacionarse a la falta de saliva. Ésta propicia un ambiente bucal estable y constituye un mecanismo de defensa e inmunología. La disminución de la misma propicia a las infecciones de la mucosa oral, de tejidos blandos y duros.

En cuanto a la pérdida de piezas dentaria desde la detección de la enfermedad se registran los siguientes datos:

Gráfico N° 14: Distribución según pérdida de piezas dentarias

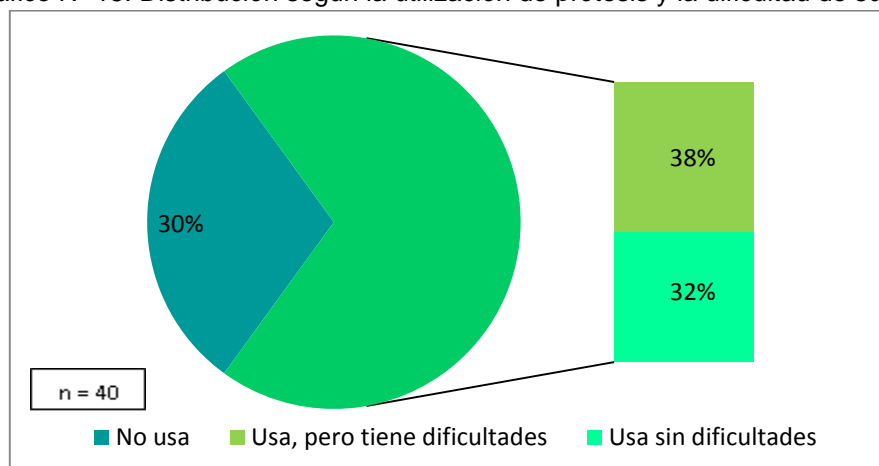


Fuente: Elaboración propia

Se observa respecto a la pérdida de piezas dentarias desde el diagnóstico de la enfermedad, que un 53% manifiesta no saber si le ha ocurrido o no, mientras que un 32% afirma haber tenido alguna pérdida dentaria y un 15% no presentó esta dificultad. El endetulismo puede producirse como consecuencia de la pérdida de las funciones salivales causadas por la xerostomía. Esta provoca enfermedades periodontales que contribuyen a la pérdida de piezas dentarias y también, la falta de saliva conlleva a que se deshidrate el esmate dentario, se vuelve más frágil y menos permeable. Es importante mencionar que el endetulismo también repercute en la función masticatoria y deglutoria.

En referencia a la utilización de prótesis dental y las posibles dificultades en su uso, los resultados obtenidos se presentan en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 15: Distribución según la utilización de prótesis y la dificultad de su uso

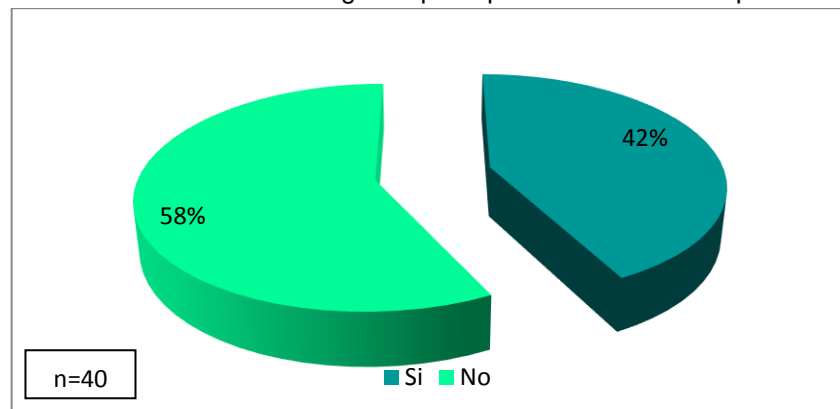


Fuente: Elaboración propia

Se observa que el 70% de las personas encuestadas utilizan prótesis dental, y un 38% manifiesta presentar dificultades en su uso. La dificultad para utilizar prótesis dentales puede asociarse a las molestias que estas causan, dado que su roce ocasiona erosiones en la mucosa bucal y la falta de lubricación impide la adecuada adaptación de la misma. Las prótesis mal adaptadas o toleradas podrían afectar también el proceso deglutorio.

Sobre la percepción de presentar alguna dificultad al hablar, los resultados obtenidos se presentan en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 16: Distribución según la percepción de la dificultad para hablar

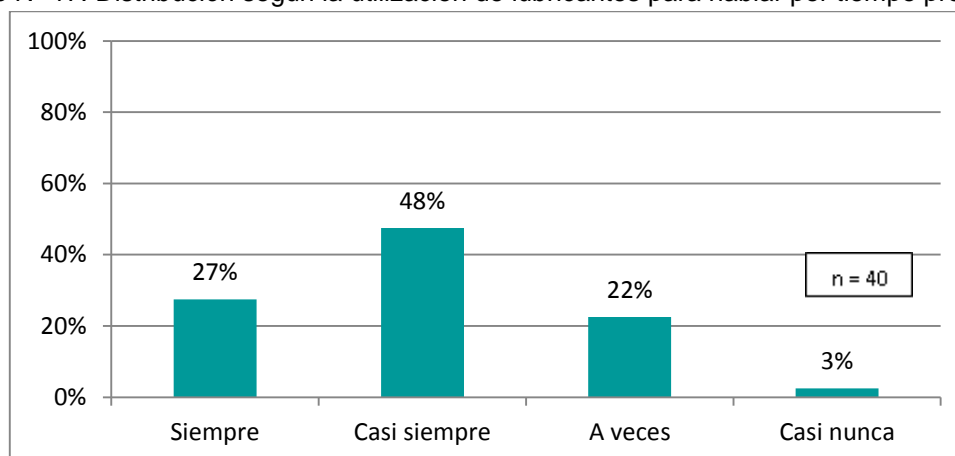


Fuente: Elaboración propia

Se observa que un 58% de las personas encuestadas no perciben tener dificultad en el habla.

Indagando si utiliza líquido, chicle o saliva artificial al momento de hablar por tiempo prolongado para lubricar la mucosa se llegó a los siguientes resultados:

Gráfico N° 17: Distribución según la utilización de lubricantes para hablar por tiempo prolongado



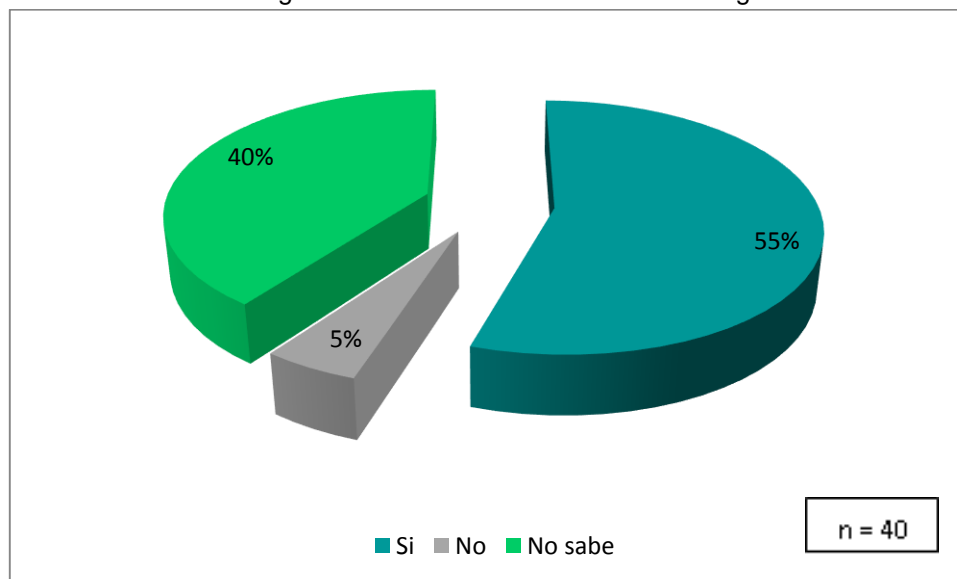
Fuente: Elaboración propia

Puede observarse que un 48% de las personas encuestadas refieren que casi siempre utilizan líquido, chicle o pastilla para hablar por un tiempo prolongado, mientras que un 27% manifiesta utilizarlo siempre y un 22% lo utiliza sólo a veces. Esto sucede porque la falta de

saliva reseca la mucosa y conlleva a la necesidad de una lubricación constante. Tales resultados podrían asociarse a la xerostomía, la falta de lubricación en la mucosa también interfiere en los procesos comunicativos como la articulación del lenguaje. Los tejidos orales se encuentran secos por lo que para hablar por tiempo prolongado es preciso lubricar la cavidad oral y laríngea.

Se consulta sobre si sienten cambios en su voz desde que le detectaron la enfermedad. Los resultados obtenidos se presentan en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 18: Distribución según los cambios en la voz desde el diagnóstico de la enfermedad

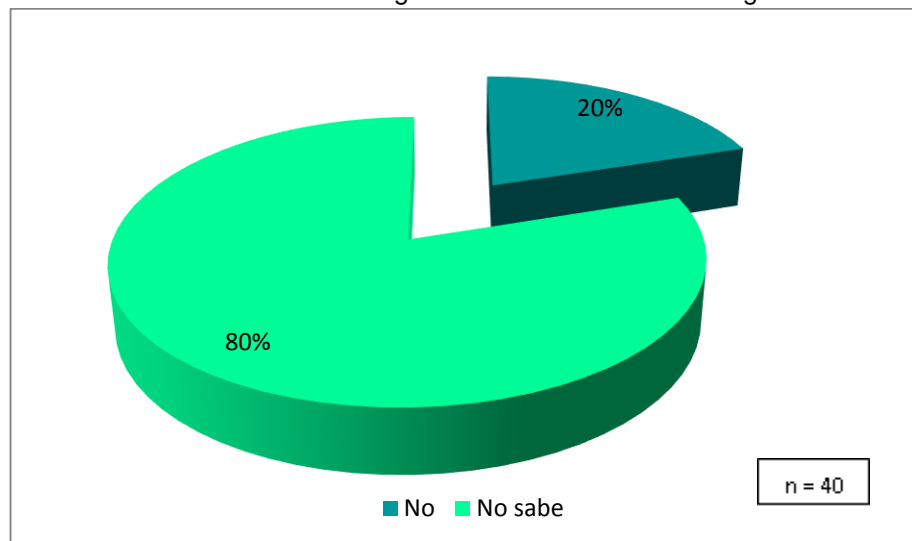


Fuente: Elaboración propia

Se observa que un 55% de las personas encuestadas manifiestan sentir cambios en su voz desde el diagnóstico de la enfermedad, mientras que un 40% manifiesta no saber si le ha ocurrido o no y un bajo porcentaje asegura no haber sentido modificaciones. Esto podría deberse a la falta de información de los pacientes con respecto a características acústicas normales de la voz por alteraciones en su esquema corporal vocal o porque a ser gradual y progresivo el cambio fonatorio, no lo notan. Los cambios en la voz se pueden vincular con la resequedad de la superficie laríngea, cartílagos aritenoides y cuerdas vocales.

Respecto a si sienten algún cambio en la voz luego de comer, se registran los siguientes resultados

Gráfico N° 19: Distribución según los cambios en la voz luego de comer

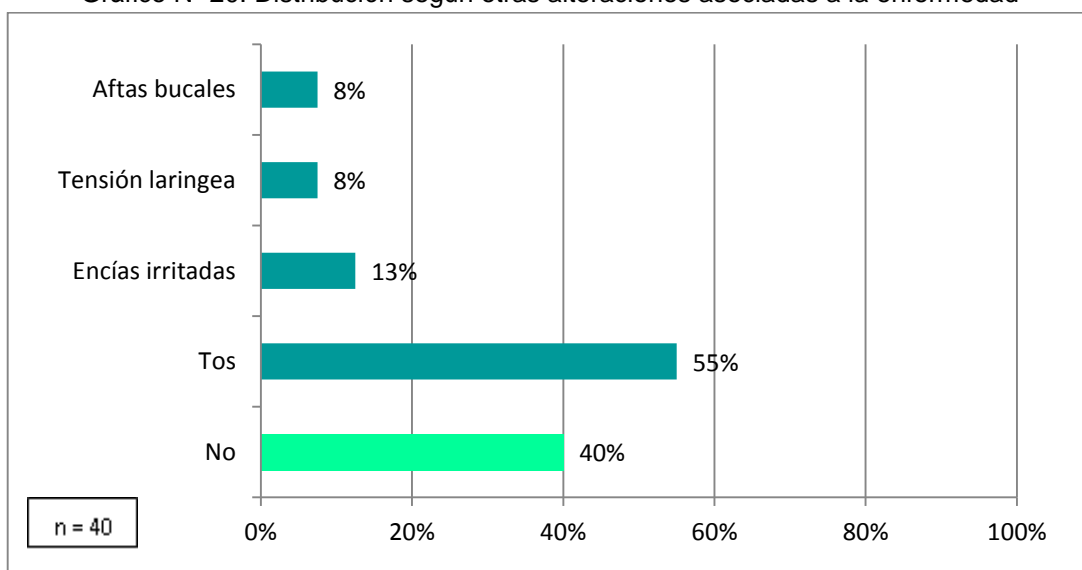


Fuente: Elaboración propia

Se observa que un 80% de las personas encuestadas manifiestan no saber si han sentido o no cambios en su voz luego de comer y un 20% asegura no haber sentido estas modificaciones.

Se consulta a los pacientes sobre alguna otra alteración asociada a la enfermedad que no se haya mencionado anteriormente en la encuesta. Se registran los siguientes resultados:

Gráfico N° 20: Distribución según otras alteraciones asociadas a la enfermedad



Fuente: Elaboración propia

Se observa que un 40% de las personas encuestadas no manifiestan padecer otra alteración asociada a la enfermedad que no se haya mencionado anteriormente en la encuesta. Entre las alteraciones nombradas un 55% de las personas encuestadas

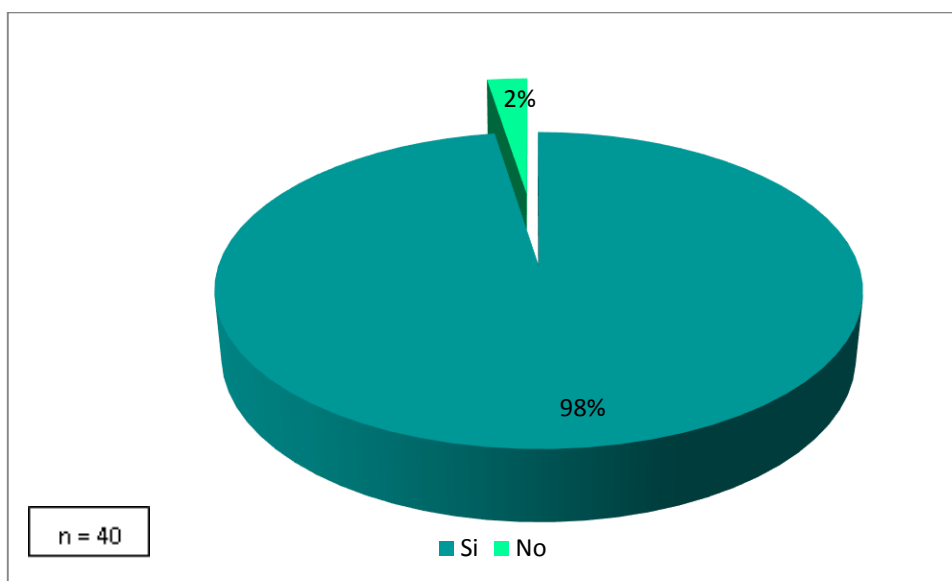
manifiestan tener tos frecuente. Le sigue, en orden de mención, las encías irritadas representando un 13% de la muestra. En menores porcentajes encontramos la tensión laríngea y las aftas bucales mencionados solo con un 8%.

La suma del total supera el 100% de la muestra porque algunas personas manifiestan tener más de una alteración.

Tales resultados pueden relacionarse con las infecciones orales provocadas por la xerostomía. Las aftas bucales y la gingivitis serían consecuencia de la falta de un nivel adecuado de saliva y una alteración del pH. La tensión laríngea se asocia al esfuerzo fonatorio por aumento de aducción de las cuerdas vocales, que realizan las personas al momento de hablar. La sequedad en la mucosa laríngea, puede ser la causante de la tos no productiva o carraspera, necesitando lubricar la garganta con mayor frecuencia.

En referencia a si realizan algún tipo de tratamiento medicamentoso específico se registran los siguientes resultados:

Gráfico N° 21: Distribución según tratamientos medicamentosos específicos

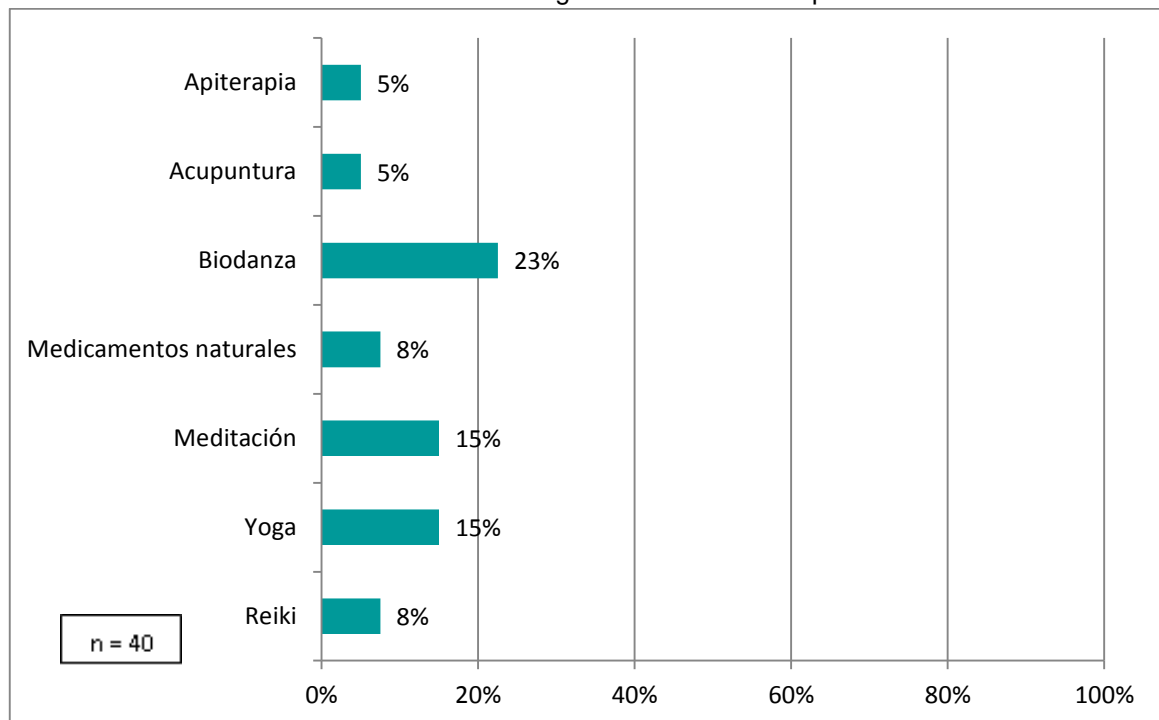


Fuente: Elaboración propia

Se observa que un 98% de la muestra realiza un tratamiento medicamentoso específico, prescrito por el médico para la enfermedad. Al indagar sobre el tipo de medicamentos, los encuestados mencionan una batería variada de diferentes medicamentos asociados a su enfermedad reumática de base, productos que en su composición contienen cortisona. Otros relacionados con salivas artificiales, gotas para aliviar los síntomas oculares y dependiendo de las dolencias o manifestaciones particulares específicas, varían las indicaciones médicas.

En referencia a la realización de algún tratamiento complementario al medicamentoso, los resultados obtenidos se presentan en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 22: Distribución según tratamientos complementarios

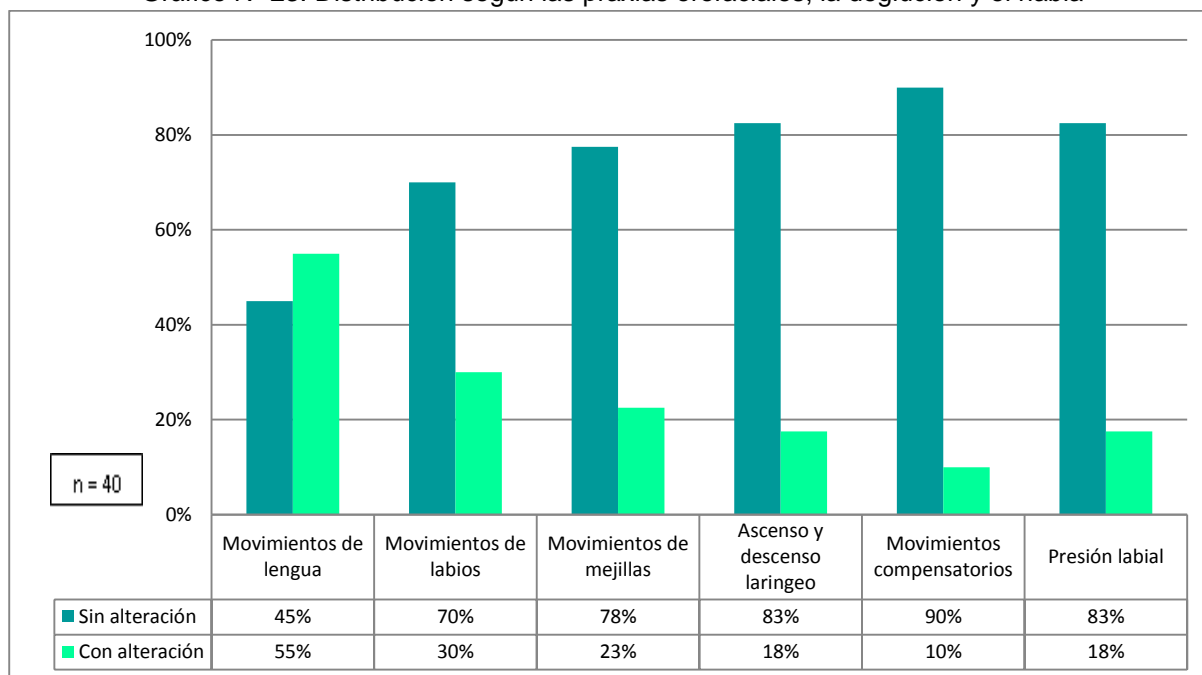


Fuente: Elaboración propia

Entre los tratamientos complementarios realizados por los pacientes se observa que un 23% de la muestra manifiesta realizar Biodanza. Le sigue, en orden de mención, la Meditación y el Yoga representando un 15% de la muestra cada uno. En menores porcentajes encontramos el Reiki y los Medicamentos naturales con un 8% cada uno, y la Apiterapia y la Acupuntura mencionados solo un 5% en cada caso. Tales resultados pueden asociarse a la búsqueda de las personas por alivianar sus síntomas, ya que es una enfermedad crónica y progresiva cuyo tratamiento está orientado a mejorar la calidad de vida.

Respecto a la evaluación de las praxias orofaciales, la deglución y el habla, los resultados obtenidos se presentan en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 23: Distribucion según las praxias orofaciales, la deglucion y el habla



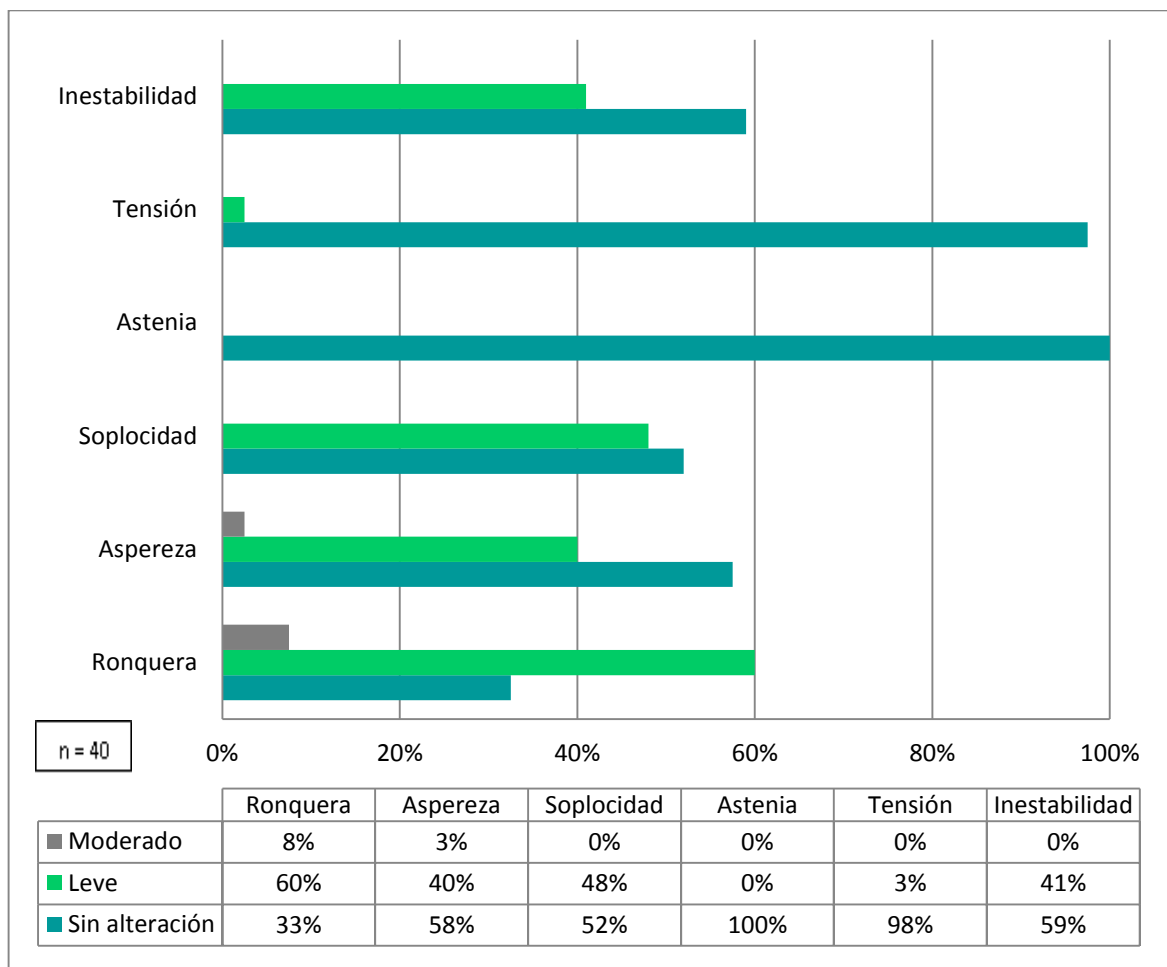
Fuente: Elaboración propia

Puede observarse que un 55% de las personas encuestadas presenta alteración en las praxias linguales, mientras que un 30% presenta alteración en las praxias labiales. Respecto al movimiento de mejillas, se observa que un 23% se presenta en estado alterado. Al analizar el ascenso y descenso laríngeo encontramos que un 18% presenta alteración en esta característica. Por su parte en lo referido a movimientos compensatorios para contrarrestar las dificultades, los mismos se presentan en un 10% de los encuestados. Finalmente al analizar alteraciones en la presión labial las mismas se presentan en un 18% de los encuestados.

Las alteraciones de las praxias orofaciales, movimientos de lengua, labios y mejillas pueden deberse a la xerostomía. La lengua se vuelve agrietada, pegajosa y sus movimientos se vuelven limitados o más dificultosos. Lo mismo sucede con las mejillas, viéndose irritadas. Los labios se vuelven secos, cambia su elasticidad, lo que limitaría los movimientos normales y se vería afectada la fuerza lo que se traduciría en una mala presión labial. El ascenso y descenso laríngeo se encuentra enlentecido y por momentos forzado, esto podría asociarse a una reducción en la peristalsis que se ve agravada con la reducción del flujo salival. Los mecanismos compensatorios realizados para contrarrestar las dificultades a la hora de comer y las alteraciones en las praxias orofaciales incluyen, degluciones múltiples, la utilización de líquido para poder deglutir, deglución forzada que refleja la debilidad de propulsión del bolo alimenticio y la deglución con la cabeza inclinada hacia atrás lo que es síntoma indicador de la dificultad en la fase oral de la deglución.

En cuanto a la evaluación de la voz para observar los cambios en las cualidades de la misma, los resultados obtenidos se presentan en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 24: Distribución según las alteraciones en las cualidades de la voz



Fuente: Elaboración propia

Se observa en cuanto a la ronquera, un 60% que la padece de forma leve y un 33% no posee alteración. Se puede decir entonces, que más de la mitad de los pacientes evaluados podrían padecer una irregularidad vibratoria de la mucosa de las cuerdas vocales.

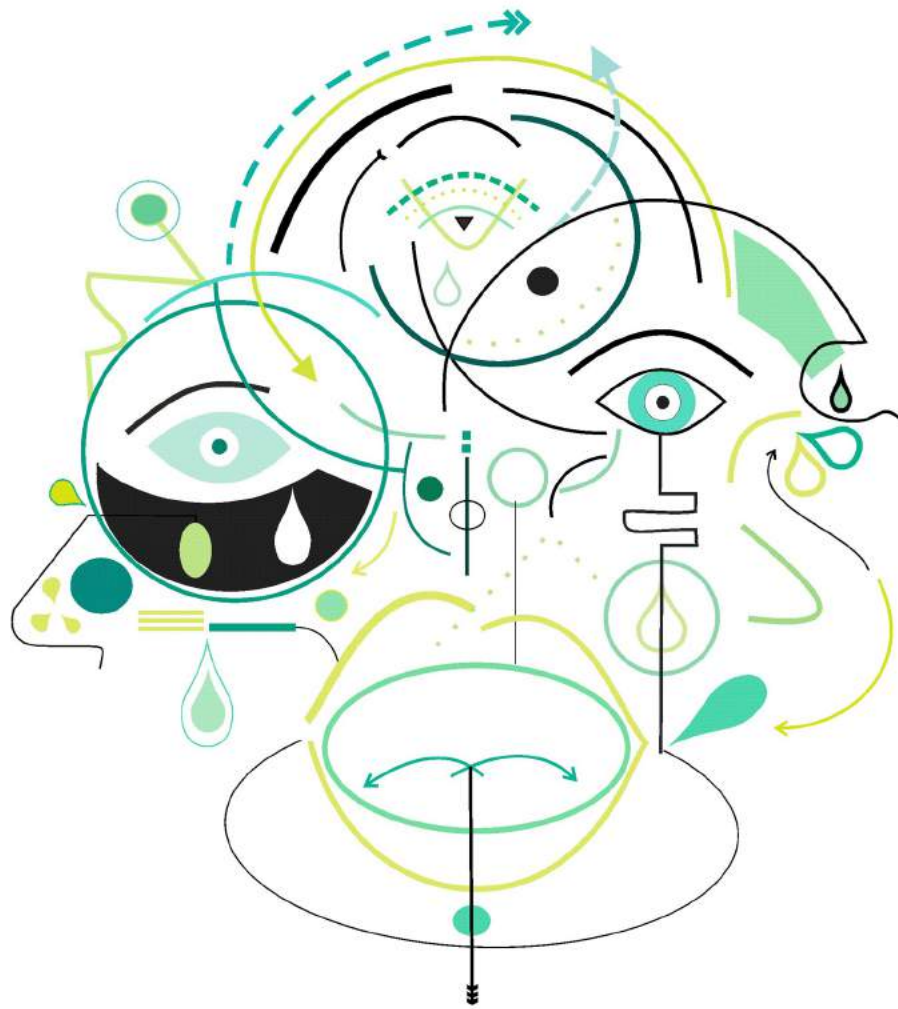
Teniendo en cuenta a la aspereza, la cual se encuentra relacionada con la rigidez de la mucosa laríngea, un 58% de la muestra no la padece, mientras que un 40% padece la misma de forma leve y el restante porcentaje de forma moderada.

Respecto a la soplocidad, se presenta de forma leve en el 48% de la muestra y un 52% que no posee alteración. Esto podría deberse al mal funcionamiento de la fisiología vocal.

Al analizar la presencia de astenia, se observa que en ningún caso se hace presente. Esto podría deberse a que la astenia se asocia a alteraciones neurológicas asociadas a hipotonicidad y los pacientes evaluados no padecen las mismas.

En cuanto a la presencia de tensión, asociada a esfuerzo vocal por aumento de aducción de las cuerdas vocales, podemos observar que un 3% de los pacientes la padecen de forma leve mientras que el resto no la padece.

Por último, al analizar la presencia de inestabilidad, asociada a la incapacidad de sostener la emisión, se observa que la padece de forma leve el 41% de las personas, mientras que un 59% no posee alteración.



Conclusión

Habiendo realizado la investigación con 40 personas adultas con Síndrome de Sjögren que concurren a un centro de salud de en la ciudad de Mar del Plata en el año 2015, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

Más de la mitad de los pacientes analizados poseen alteraciones fonoestomatognáticas, estando perturbada la masticación y deglución, principalmente en la etapa oral y faríngea, necesitando de líquido para poder deglutir, tragar más de una vez y percibiendo comida en la garganta luego del acto deglutorio. Estos indicios sumados a una alteración en la percepción del sentido del gusto y la temperatura, las lleva a dejar de comer alimentos que le traen mayor dificultad como alimentos friables, picantes o calientes, ya que que con frecuencia se adhieren a la mucosa precisando mayor lubricación y esmero para ser ingeridos. Benefician el consumo de aquellos alimentos que favorecen la deglución, como los de sustancias blandas, los líquidos y las verduras, que requieren menos esfuerzo. Se observan alteradas las praxias orofaciales principalmente los movimientos de lengua, labios, el ascenso y descenso laríngeo y la presión labial.

En cuanto a la voz, se ve perturbada el habla durante periodos prolongados de tiempo, vinculado a la sequedad en la mucosa laríngea con subsecuente tos o carraspera, necesitando lubricar la garganta para poder realizarlo. Las cualidades alteradas de la voz son la ronquera y la aspereza de forma leve, relacionándose con la rigidez e irregularidad vibratoria de la mucosa.

Otro punto de interés son las alteraciones asociadas a la xerostomía, predominando la presencia de caries radicales, halitosis, encías irritadas, pérdida de piezas dentarias y un uso dificultoso de prótesis dentales, por insuficiente película salival, lo que también repercute al momento de la deglución.

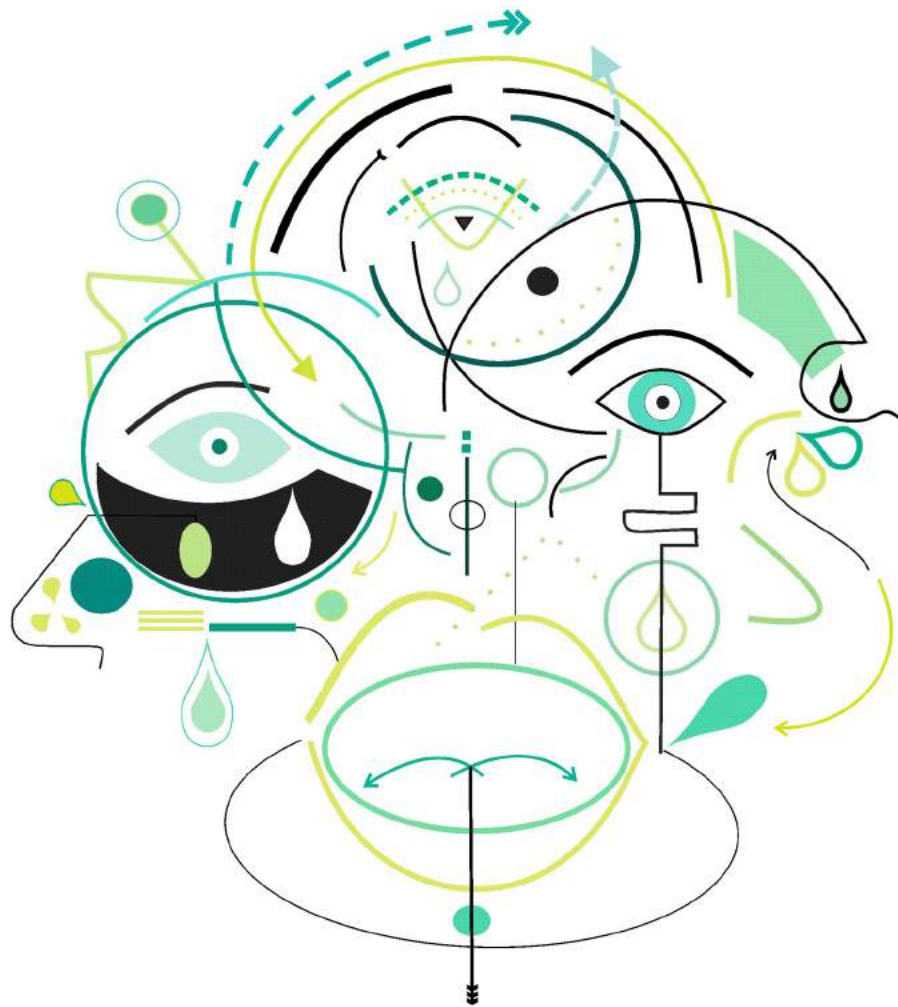
El 98% de las personas encuestadas realizan tratamiento medicamentoso prescripto por el Reumatólogo, y también dada la variedad de los síntomas concurren con otros especialistas como el Oftalmólogo, Odontólogo, Otorrinolaringólogo y Dermatólogo entre otros. Gran parte de ellas también llevan a cabo terapias complementarias como biodanza, meditación y yoga para disminuir las afecciones. Ninguna se ha realizado un estudio de deglución ni asiste a tratamiento fonoaudiológico a pesar de las dificultades mencionadas. Esto podría estar dado por desconocimiento, dado que la sintomatología se encuentra dentro de las incumbencias del accionar de dicha área.

Los resultados indican que las personas que padecen SS presentan alteraciones en la calidad de vida, precisan un mayor cuidado de su salud bucodental y realizar maniobras de compensación para contrarrestar las alteraciones deglutorias.

La implementación de estrategias fonoaudiológicas que identifiquen y traten las afecciones del habla, voz y deglución, colaborarían a mejorar la sintomatología de las afecciones.

Según lo analizado en este trabajo se pueden plantear los siguientes interrogantes:

- ¿Cómo influyen las dificultades de las praxias orofaciales en la articulación del lenguaje y el mecanismo deglutorio?
- ¿Las alteraciones en las cualidades de la voz pueden derivar en disfonía?



Bibliografía

- Bardález Daza, R. (2001). Manejo Odontológico integral del paciente con Síndrome de Sjögren. *La Carta odontológica*; 5 (16), 27-30.
Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v30n4/original3.pdf>
- Bascones, A., Tenovuo, J., Ship, J., Turner, M., Mac-Veigh, I., López-Ibor, JM., Albi, M., Lanzós, E & Aliaga, A. (2007). Síndrome de Boca Seca. Boca Ardiente. *Conclusiones del Simposium de la Sociedad Española de Medicina Oral*; 23 (3).
Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v23n3/original1.pdf>
- Bernal Balaez, A. (1998). Estomatitis Subprótesis parada de reflexión. *Revista Federal Odontológica Colombia*, (193), 21-7.
- Bleeckx, D. (2004) *Disfagia. Evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución*. España: Interamericana.
- Campos Bianchini, C., Guajardo Arias, F., Navarrete Lorca, B. & Orteza Fuentes, T. (2012). *Presencia de presbifagia en adultos mayores institucionalizados y su relación con la calidad de vida*. Universidad de Chile, Facultad de medicina escuela de Fonoaudiología. Santiago.
Recuperado de:
<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/114883/Tesis.pdf?sequence=1>
- Cámpora, H & Falduti, A. (2012). *Evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución*. Revista americana de medicina respiratoria. (3), 98 – 107.
Recuperado de:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-236X2012000300004
- Carretero Ancelmo, D.A. (2008). Deficiencia masticatoria por pérdida dentaria como factor de riesgo para dispepsia en el adulto mayor. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Cybertesis Perú.
Recuperado de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2169>
- Caviedes, I., Buchi, D., Yazigi, R. & Lavados, P. (2002). Patología de la deglución y enfermedades respiratorias. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*; 18 (1).
Recuperado de:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071773482002000100004&script=sci_arttext
- Clavé, P., Verdaguer, A. & Arreola, V. (2005). Disfagia orofaríngea en el anciano. *Unidad de Exploraciones Funcionales Digestivas*, 124 (19).
Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s113001082004000200005&script=sci_arttext&tlng=es
- Freitas, T. (2004). Síndrome de Sjögren. revisão de literatura e acompanhamento de um caso clínico. *Revista Brasileira ORL*. 70(2) ,283-88.
- Gallargo, J.M. (2004). Xerostomía: etiología, diagnóstico y tratamiento. *Revista Médica del instituto Mexicano*; 46 (1): 109-116.
- García, A.R. (2003). *Fundamentos teóricos e práticos da oclusão*. (1ª ed). San Pablo: Editorial CID.

Gésime, J.M., Acevedo, A.M. & Lalaguna, F. (2009). Las mucinas salivales y sus implicaciones en la reología de la saliva humana y los sustitutos salivales. *Acta odontológica Venezolana*; 47 (2).

Recuperado de:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S000163652009000200024&script=sci_arttext

González Benítez, C., Inchausti Irazábal, J., Ramón de Dios, J., De Aberásturi, R., Queiro Silva, J., Belzunegui, O & Manuel Figueroa, P. (2007). Disfagia por anillos esofágicos en el síndrome de Sjögren. *Revista Española de Reumatología*: (01877), 81-83.

Recuperado de:

http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=15284&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=29&ty=65&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=29v28n081.pdf

González Jiménez, E., Aguilar Cordero, J., Guisado Barrilao, R., Tristán Fernández, J.M., García López, P.A & Álvarez Ferre, J. (2009). Xerostomía: Diagnóstico y Manejo Clínico. *Revista de Medicina de Familia*; 2 (6).

Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699695X2009000100009&script=sci_arttext

Logemann, J.A. (1998). *Dysphagia: Basic Assessment and Management Issues*. Medical Speech - Language Pathology: A Practitioner's Guide. New York: Editorial Thieme.

Logemann, J.A. (2010). *Dysphagia: Difficulty swallowing or difficulty moving food from mouth to stomach*. International encyclopedia of rehabilitation.

Magaró, S.F. & Magaró, M.M. (2006). Manifestaciones clínicas de los trastornos de deglución. *Separata*; 14 (1).

Recuperado de:

<http://www.montpellier.com.ar/separatas/sepTrastorndeglucionOtorrinoM.pdf>

Malchiodialbedi, G. (2007). La Xerostomía en el Síndrome de Sjögren. Tratamientos paliativos. *Acta Odontológica Venezolana*, 45 (2).

Recuperado de:

http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/2/xerostomia_sindrome_sj%C3%B6gren.asp

Martínez Larrarte, J.P. & Reyes Pineda, Y. (2009). Síndrome de Sjögren. *Revista Cubana de Medicina*. 49 (2).

Recuperado de:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232010000200006

Meneses Gómez, E.J. (2010). *Salud Bucodental y calidad de vida en los mayores*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Departamento de Estomatología.

Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/12303/1/T32521.pdf>

Moscardi, I. Síndrome de Sjögren: Aporte Fonoaudiológico. *ASALFA*. 64.

Napolitano Valenzuela, C. (2013). *Estudio y Manejo de Problemas de Deglución y Lenguaje*. Pontificia Universidad Católica de Chile. Chile

Recuperado de:

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/otorrino/apuntes2013/Estudio-Manejo-Problemas.pdf>

Passos Rocha, E., Chagas Freitas, A., Falcon Antonucci, R. M., Olivera de Almeida, E. & Martins de Silva, E. M. (2008). *El sistema masticatorio y las alteraciones funcionales consecuentes a la pérdida dentaria*. Acta Odontologica Venezolana; 46 (3).

Recuperado de:

http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/3/sistema_masticatorioalteraciones_funcionales.asp

Ponce Vega, A. (2004). El Síndrome de Sjögren - Guía para pacientes.

Recuperado de: <http://www.doctorponce.com/>

Ramos Casals, M., Tzioufas, A.G. & Font, J. (2005). Primary Sjögren's syndrome: new clinical and therapeutic concepts/ Annals of the rheumatic diseases. *The eular journal*; 64: 347-354.

Rioboo García, R. (2002). *Métodos para medir la salud y enfermedad en odontología. Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria*. Tomo II. Madrid: Ediciones Avances.

Rivera, H., Valero, L., Escalona, L., Rojas Sanchez, F. & Rios, MP. (2009). Manejo Multidisciplinario del paciente diagnosticado con el Síndrome de Sjögren. *Acta Odontológica Venezolana.*, 47 (3).

Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000300017

Ruiz Allec, LD., Hernandez Lopez, X., Arreguín Porras, JB., Velasco Ramos, R., Pacheco del Valle, JC., & Perez Garcia, AI. (2011). Alteraciones de la voz, el habla y la deglución en pacientes con síndrome de Sjögren. *Acta Odontológica Española*. 62 (4): 255-264.

Sánchez Mayola, R., Martín Hernández, C., Gutiérrez García. M. & Quintana Valdivia, M. (1998). Síndrome de sjögren y psoriasis vulgaris una rara asociación: Presentación de un caso. *Mediciego*; 4(2):32-5.

Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol4_02_98/a10_v4_0298.htm

Santos, M.M. (1999). *Efecto del Anethol Trithione en pacientes con Xerostomía inducida por el Síndrome de Sjögren*. (Tesis de Maestría). Universidad central de Venezuela, Facultad de Odontología.

Schifter, M. (2014). *Oral and dental manifestations of Xerostomia: Public Health implications of a common and under-recognised adverse drug reaction*. Public Health Bulletin. 2014; 18(10).

Tallis, J. & Soprano, A.M. (1991). *Neuropediatría. Neuropsicología y Aprendizaje*. Bs. As. Nueva Visión.

Tecchio, S., Baddini Martinez, J.A., Inácio de Pádua, A. & Terra Filho, J. (2000). *Bronquiectasias asociadas a síndrome de Sjögren*. Jornal de Pneumologia; 26(4):214-7.

Tenovuo, J. (1997). *Salivary parameters of relevance for assesSing caries activity in individuals and populations*. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 25:82-6.

Toledo O'Neill, S. (2014). *El impacto de los problemas de tragado en la calidad de vida de envejecientes puertorriqueños*. (Tesis de Maestría). Universidad de Turabo, Puerto Rico.

Recuperado de:

http://ut.suagm.edu/sites/default/files/uploads/Health-Sciences/Thesis/Sohami_Toledo_O'Neill_PHL_2014.pdf

Jackson Menaldi, M.C. (2002). *La Voz Patológica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.

REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA AUTORIZACION DEL AUTOR¹

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de concederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

- ✓ Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.
- ✓ Permitir a la Biblioteca que, sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

1. Autor:

Apellido y Nombre: **Luciana Fiore**

Tipo y Nº de Documento: **DNI 34.058.107**

Teléfono/s: **223 4917448/ 155024914**

E-mail: **lulaf22@hotmail.com**

Título obtenido: **Licenciada en Fonoaudiología**

2. Identificación de la Obra:

TITULO de la obra (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación)

TRASTORNOS FONOESTOMATOGNÁTICOS EN EL SÍNDROME REUMÁTICO DE SJÖGREN

Fecha de defensa ____/____/20____

3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LALICENCIA Creative Commons (recomendada, si desea seleccionar otra licencia visitar <http://creativecommons.org/choose/>)



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero []

NOTA: Las Obras (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación) **no autorizadas** para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en el Repositorio Institucional mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda "Disponible sólo para consulta en sala de biblioteca de la UFASTA en su versión completa"

Firma del Autor Lugar y Fecha

¹ Esta Autorización debe incluirse en la Tesina en el reverso ó pagina siguiente a la portada, debe ser firmada de puño y letra por el autor. En el mismo acto hará entrega de la versión digital de acuerdo a formato solicitado.

Tesis de Licenciatura
Fiore, Luciana

