Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):1424

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/3838 - XEROSTOMÍA Y DISPAREUNIA, SÍNTOMAS EN RELACIÓN

C. Salvat Dávila[1], M. García Estrada[2], D. Lisei Coscia[1] y A. Laverde[1]

[1]Médico Residente de Medicina Nuclear. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. [2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 40 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo I, psoriasis cutánea, hipotiroidismo autoinmune. Tratamiento crónico: insulina glargina, insulina glulisina, levotiroxina, calcifediol. Acude a nuestra consulta de atención primaria en varias ocasiones por presencia de xeroftalmia (con antecedentes de úlcera corneal en 3 ocasiones), xerostomía intensa y dispareunia que han ido en aumento los últimos 5 años. Realizamos cambios en sus tratamientos crónicos que no son exitosos, empeorando la clínica progresivamente.

Exploración y pruebas complementarias: TA 130/85 mmHg, FC 75 latidos por minuto. Afebril. Resto de exploración dentro de normalidad. Hemograma: normal. VSG 58. Bioquímica: glucosa 241 mg/dl, perfil renal, hepático, lipídico, PCR y CPK dentro de normalidad. Radiografía de tórax: normal. Orina: normal. Proteinograma: normal. Inmunología: ANA 1/640, patrón moteado, ADNA negativo, anti-SSA/Roo 60 U y SSB positivos. Hormonas: tirotropina u hormona estimulante del tiroides (TSH): 3,4 mU/L; anti-TPO 44 UI/ml (positivos). Dada la clínica y las pruebas complementarias realizadas en atención primaria, ante la sospecha de síndrome de Sjögren se deriva a servicio de Medicina interna para completar estudios. Gammagrafía glándulas salivares: compatible con síndrome seco. Test Schirmer: 8 mm AO (patológico). Test de OSDI: 33,3 (moderado).

Orientación diagnóstica: Síndrome de Sjögren.

Diagnóstico diferencial: Hiperglucemia. Xerostomía de origen farmacológico. Síndrome de Sjögren.

Comentario final: La xerostomía es un motivo frecuente de consulta en atención primaria y en la mayoría de los casos se relaciona con efectos secundarios de medicación crónica, niveles de glucemia elevados, etc. Sin embargo, debemos de sospechar la posibilidad de un síndrome de Sjögren, sobre todo en aquellos pacientes con enfermedades autoinmunes asociadas, como fue nuestro caso. No sólo es importante su diagnóstico por la molestia clínica que refieren nuestros pacientes, sino por su repercusión sistémica, al estar en relación con afectaciones orgánicas potencialmente graves.

Bibliografía

1. Corominas H, Figuls R, Riera M. Síndrome de Sjögren. Reumatol Clin. 2008;4(S1):22-7.
2. Vallejo Casas JA, Contreras Puertas PI, Torres-Avisba Ml. Estudio gammagráfico de las glándulas salivares. Rev Esp Med Nuclear. 1998;17(6):450-4.

Palabras clave: Xeroftalmia. Xerostomía. Síndrome seco.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.