

## INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Sjögren, SS en adelante, es una enfermedad autoinmune, crónica, inflamatoria que se caracteriza por infiltración de las glándulas exocrinas por linfocitos y células plasmáticas, ataca a las glándulas que producen secreciones y humedad causando sequedad en la boca y en los ojos, aunque pueden verse afectadas otras partes del organismo originando diversos síntomas. Esta enfermedad afecta a 1-3% de la población adulta, la enfermedad reumatológica más frecuente junto con la artritis reumatoidea. Esta patología afecta más a mujeres ya que 9 de cada 10 afectados lo son, y la edad de aparición es entre los 40 y los 50 años, aunque puede aparecer a cualquier edad sin distinción de sexo o raza, el fenotipo habitual de paciente que lo padece es mujer con ojos azules y piel clara. Tiene un diagnóstico tardío, ya que desde que se notan los síntomas hasta su diagnóstico pasan entre 2 y 8 años.

Esta enfermedad también puede afectar a otras glándulas tales como las que se encuentran en el estómago, páncreas o en el intestino y puede causar sequedad en otras partes del cuerpo como en boca, vías respiratorias, piel y en la vagina.

El SS es considerado una enfermedad reumática, y como tal provoca dolor e hinchazón en articulaciones, músculos, piel y otras partes del cuerpo. También es considerado un desorden del tejido conectivo, que forma órganos.

Existen dos tipos de SS, el Primario, que surge espontáneamente, los síntomas son el resultado de la afectación de las glándulas (sequedad en boca, ojos y vagina), suelen presentar anticuerpos SS-A y SS-B. Las personas con SS Secundario suelen tener más problemas de salud porque también tienen otra enfermedad autoinmune como lupus o artritis reumatoidea. Estos enfermos no suelen presentar anticuerpos SS-A ni SS-B.

Los síntomas principales del Síndrome de Sjögren son:

**Ojos secos**—Los ojos pueden estar rojos, pueden picar y arder. Algunas personas con el SS sienten como si tuvieran arena en los ojos. Además, la visión puede estar borrosa, y luces fuertes, especialmente la luz fluorescente, molestan.

**Boca seca**—La boca seca se siente como si la boca estuviera llena de algodón. Es difícil tragar, hablar, y saborear. El sentido del olfato puede cambiar, y se puede desarrollar una tos seca. Además, porque la persona con el Síndrome de Sjögren carece de saliva, la boca seca aumenta la posibilidad de desarrollar caries e infecciones orales.

Los Síndromes de Sjögren primario y secundario también pueden afectar a otras partes del cuerpo, incluyendo la piel, articulaciones, pulmones, riñones, vasos sanguíneos (venas y arterias) y el sistema nervioso. Otros síntomas incluyen:

- Piel seca
- Sarpullido
- Problemas con la glándula tiroides
- Dolor en las articulaciones y músculos
- Pulmonía
- Sequedad vaginal
- Adormecimiento y cosquilleo en las piernas y brazos
- Fatiga intensa que puede interferir seriamente con la vida diaria

Cuando el Síndrome de Sjögren afecta otras partes del cuerpo, la condición es extraglandular porque los problemas se extienden más allá de las glándulas que producen lágrimas y saliva, esto no suele afectar a enfermos de SS secundario do de artritis reumatoidea.

Es una enfermedad incurable en la que el tratamiento se basa en la sustitución tópica de los fluidos. Se usan los corticoesteroides sistémicos y los

## El Síndrome de Sjögren en la consulta podológica

D.P. Navor Pereira Losada; L.P. Sonia Pereira Losada

---

agentes alquilantes como la *ciclofosfamida* para tratar la enfermedad extraglandular progresiva como el compromiso renal grave, neumonitis intersticial, neuropatía periférica o vasculitis sistémica. Es controvertido el uso de *cloroquina*. Recientemente se han obtenido buenos resultados con la **pilocarpina clorhidrato**, con la que el 80% de los pacientes han mejorado los síntomas de sequedad.

## CASO CLÍNICO

### HISTORIAL CLÍNICO

La paciente es una mujer de 22 años de edad, de piel clara, ojos azules y cabello de color claro, que acude a nuestra consulta porque se siente muy cansada y el dolor en los pies le incapacita para la realización de su trabajo, es camarera. Nos cuenta que su jornada laboral dura entre 10-12 horas, y que siempre utiliza calzado cómodo tipo zapatilla deportiva, a veces zueco. Refiere que al llegar a casa le arden los pies y los tiene hinchados y que en ocasiones le duele desde primera hora del día toda la zona media del pie y bajo las cabezas metatarsales.

Toma corticoides (*Dacortin 2.5 y 5mg*) según pauta establecida por sus médicos, ya que padece el SS, diagnosticado hace 6 años. Nos cuenta que unos pocos meses antes intentaron retirarle los corticoides con una medicación experimental en un Hospital universitario y que entró en coma por un shock anafiláctico, sin secuelas físicas, no así las psicológicas porque nos cuenta su decepción ya que esperaba poder disminuir la cantidad actual de corticoides, ya que están empeorando su calidad de vida.

La paciente refiere también ser celíaca.

Ambas enfermedades sumadas a su cansancio influyen en su estado anímico.

No presenta antecedentes familiares.

## EXPLORACIÓN

### ○ En sedestación

A primera vista la paciente presenta unos pies con un marcado color rojo, hedematosos y calientes a pesar de ser primera hora de la mañana.

Los pulsos tibial y pedio están presentes y son muy claros.

En la realización de la exploración articular el tobillo tiene una FD limitada, sólo llega a los 90° con cierta rigidez en extensión de rodilla ganando 10° grados escasos con la flexión de esta. La tensión en la FD viene producida por la tensión de los gemelos. Flexión.

La FD del la 1ªMTF presenta también una importante rigidez.

El retropié presenta rigidez en varo en ambos pies y los antepiés se encuentran en varo. Durante la exploración la paciente nos comenta que le duele la 1ª cabeza metatarsal al presionar a nivel plantar.

En la valoración muscular todos los músculos tienen un buen tono excepto los flexores plantares del pie izquierdo, presentan tono pero no contrarrestan la fuerza opuesta por el explorador. Citamos nuevamente la contractura muscular de los gemelos

### ○ EN BIPEDESTACIÓN

La paciente presenta genu valgo

En el banco de marcha, la paciente presenta una huella compatible con pie Cavo, no presenta apoyo ni de los dedos ni del ALE. Por tanto un hiperapoyo en la zona metatarsal.

Helbing: derecho 1º en valgo y 3º en valgo el izquierdo.

○ EN DINÁMICA

La paciente realiza un ataque de talón con un valgo exagerado y casi inmediatamente con el antepié en varo (debido a la falta FD por ello retrae de manera importante los extensores de los dedos para suplir la FD) sin realizar un apoyo del ALE. El pie cae en pronación bruscamente realizando un despegue principalmente con el I Mt.

La paciente realiza una importante oscilación de izquierda a derecha de todo el cuerpo debido a la inestabilidad que presenta.

## TRATAMIENTO

El tratamiento ortopodológico realizado para esta paciente tiene como objetivo principal mejorar los apoyos y repartir las cargas para favorecer su estabilidad durante la deambulación y aliviar las hiperpresiones en la estática.

Otro de los objetivos es recoger bien la zona de retropié.

La toma de moldes se lleva a cabo en carga controlada sobre espuma fenólica y las ortesis se realizan en polipropileno de 2mm con un forro de foam de densidad media de 3mm para dar una buena amortiguación reforzada en la zona subcapital con porón.

## RESULTADOS

En la primera revisión la paciente dice encontrarse mejor llegando al final del día con cierto cansancio, debido en parte al SS y a la medicación pero

sin el dolor tan acentuado que presentaba bajo las cabezas metatarsales cuando acudió a nuestra consulta.

Reconoce que le cuesta caminar sin ellas, dice notarlas cuando no las lleva puestas dado que el dolor reaparece.

Después de esta revisión le recomendamos ejercicios de estiramiento para gemelos, que debería hacer todos los días así como baños de contraste para aliviar la hinchazón de los pies por las noches.

## CONCLUSIONES

El Síndrome de Sjögren es considerado una enfermedad rara de origen autoinmune que también afecta al pie a nivel articular con procesos artríticos, es por ello el podólogo debe estar preparado para tratar de paliar los efectos de dicha enfermedad y sobre todo poder mejorar la calidad de vida de una persona sin tener que obligarla a alterar su rutina diaria o limitarla a la hora de realizar actividades.

## BIBLIOGRAFÍA

-Manuel Ramos Casals. Enfermedades autoinmunes sistémicas y reumatológicas. Masson, 2005.

-Manuel Ramos Casals. Síndrome de Sjögren. Masson 2003.

-KAPANDJI, A.I. Fisiología articular. Miembro inferior. Ed. Panamericana Madrid 1999.

-Webs:

-<http://www.niams.nih.gov/hi/topics/sjogrens/sjogrensspanish.htm>

-

<http://escuela.med.puc.cl/publ/ApuntesReumatologia/SindromeSjogren.html>

-[http://www.noticias.com/articulo/05-12-2005/francisco-acedo-](http://www.noticias.com/articulo/05-12-2005/francisco-acedo-torregrosa/adelantos-tratamiento-oral-sindrome-sjogren-506g.html)

[torregrosa/adelantos-tratamiento-oral-sindrome-sjogren-506g.html](http://www.noticias.com/articulo/05-12-2005/francisco-acedo-torregrosa/adelantos-tratamiento-oral-sindrome-sjogren-506g.html)

-

<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/print/ency/article/000593.htm>