



# HIPERTROFIA PAROTÍDEA COMO DEBUT DEL SÍNDROME DE SJÖGREN

Maia Nery, Tarsila Gabriel; Montañez Gómez, Beatriz; Marques Barbosa, Vanessa; Delgado Redondo, José Ignacio; Rosario Mena, Armando; Montiel Moreno, Andrea.

Residentes del 2º año MFyC, Unidad Docente de Salamanca

## Introducción

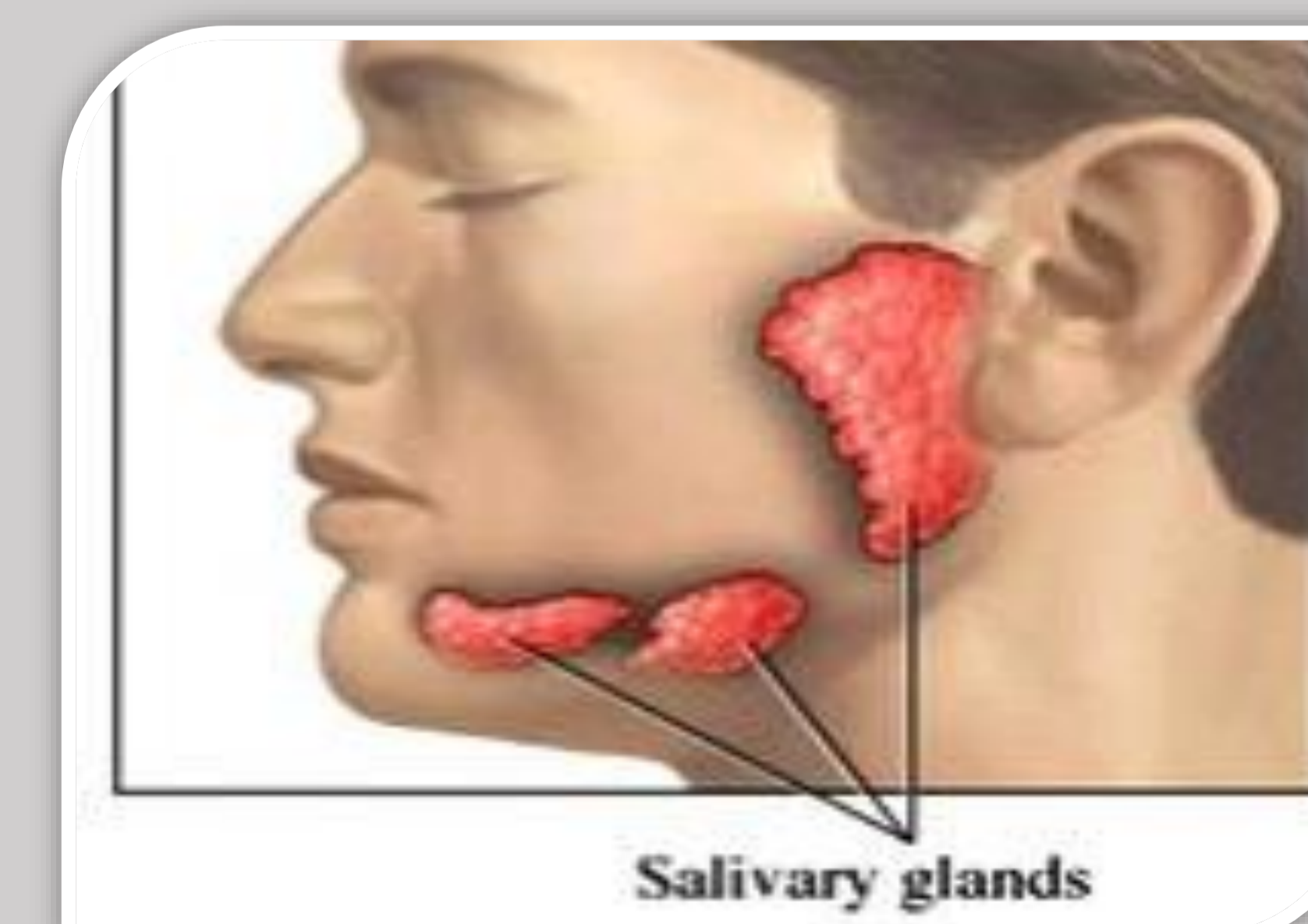
El Síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad crónica inflamatoria autoinmune caracterizada por la disminución de la secreción de las glándulas lacrimales y salivares, produciendo sequedad ocular y oral. Puede haber agrandamiento de las glándulas salivares (la parótida es la más afectada).

## En la práctica

Ante síntomas y signos que nos lleve a pensar en un SS es necesario realizar una diagnóstico diferencial con la Sarcoidosis, Infección por VHC, VIH, Sialoadenitis benigna y Linfoma. Los pacientes que padecen de SS tienen un elevado riesgo de desarrollar un Linfoma No-Hodgkin (44x más que en la población general); lo más frecuente es el MALT y afecta a parótida de forma unilateral. Ante este dato está la importancia de realizar un seguimiento del paciente con SS que presente agrandamiento parotídeo persistente e intermitente (factor de riesgo más importante), adenopatías cervicales, esplenomegalia, glomerulonefritis o vasculitis cutánea, de forma a detectar alteraciones lo antes posible.

## El caso clínico

Paciente varón, 34 años. Como antecedente personal, presentó hace 3 años hipertrofia parotídea derecha, que en PAAF realizada por ORL, se objetivó lesión linfoepitelial benigna. Acude a consulta por presentar disminución de la saliva, dolor en ángulo mandibular derecho, sequedad y quemazón en ambos ojos, de meses de evolución. En exploración física se objetiva hipertrofia parotídea bilateral y adenopatía cervical derecha. Se solicita analítica sanguínea (leve leucopenia, resto normal) y una serología (negativa para VHC, VHB, VIH). Se solicita autoinmunidad, con ANA IgG, ENA Anti-Ro, anti-La y Factor Reumatoide positivos. Se deriva a Reumatología, donde se realiza Test Schirmer (positivo) y Gammagrafía de Glándulas Salivares, confirmando la anulación funcional de estas. Se inicia tratamiento tópico para xeroftalmia y xerostomía, y sistémico con Hidroxicloroquina 200mg y Deflazacort 6mg.



## Bibliografía

1. Baer AN, Fox R, Romain PL. Clinical manifestations of Sjögren's syndrome: Extraglandular disease. UpToDate, 2016. (Acceso el 10 de marzo de 2016).
2. Fox R, HS Peter, Romain PL. Clinical manifestations of Sjögren's syndrome: Exocrine gland disease. UpToDate, 2016. (Acceso el 10 de marzo de 2016).
3. Clio P. Mavragani, Haralampos M, Moutsopoulos. Sjögren síndrome. CMAJ. 2014, 186(15):E579-E586.