

# ALTERAÇÕES BUCAIS EM PACIENTES COM SÍNDROME DE SJÖGREN

## ORAL ALTERATIONS IN PATIENTS WITH SJÖGREN'S SYNDROME

Robson Tetsuo Sasaki<sup>1</sup>

Tatiana C. Ricci<sup>2</sup>

Ynara Bosco de Oliveira Lima-Arsati<sup>3</sup>

Roberta Tarkany Basting<sup>4</sup>

### RESUMO

*A Síndrome de Sjögren (SS) é uma afecção auto-imune na qual o sistema imune compromete as glândulas exócrinas, envolvendo principalmente as glândulas salivares e lacrimais, determinando os quadros clínicos de xerostomia e ceratoconjuntivite seca. Entre os sintomas orais mais evidentes está a xerostomia, acarretando secura nos lábios, língua, faringe e conseqüente desconforto ao falar, mastigar e deglutir alimentos secos. A proposta deste trabalho foi apresentar um caso clínico de SS, enfatizando a sua importância clínica e a necessidade de um diagnóstico precoce, visando melhorar a qualidade de vida dos pacientes acometidos.*

**Descritores:** Síndrome de Sjögren, doenças do complexo imune, xerostomia, cárie dentária, glândulas salivares, saliva.

### INTRODUÇÃO

A Síndrome de Sjögren (SS) é uma afecção auto-imune multissistêmica na qual o sistema imunológico do paciente erroneamente ataca as glândulas exócrinas, em particular, as glândulas salivares e lacrimais, determinando os quadros clínicos de xerostomia (boca seca) e xeroftalmia (olhos ressecados)<sup>1,3,8,10,17,22</sup>. A etiologia da doença é variada, podendo apresentar fatores genéticos, imunológicos, ambientais e viróticos<sup>7,9,17</sup>. Pode manifestar-se isoladamente sem a presença de outra doença auto-imune - sendo classificada como primária - ou pode vir acompanhada de outras doenças auto-ímmunes como lúpus eritematoso e artrite reumatóide - sendo assim classificada como secundária<sup>9,13</sup>.

O oftalmologista sueco Henrik Samuel Conrad Sjögren foi quem descreveu a síndrome, em 1933<sup>19</sup>. Partindo de observações oftalmológicas, estabeleceu a existência de características como: xerostomia, ceratoconjuntivite, faringite, rinite e laringite secas, além de alterações inflamatórias de natureza crônica nas parótidas, freqüentemente resultando em hipertrofia, esclerose ou atrofia<sup>22</sup>.

Esta doença acomete principalmente mulheres, sendo a proporção entre os gêneros feminino e masculino de 9:1. É incomum na faixa etária pediátrica, embora se tenha relatado mais de 50 casos em crianças<sup>4</sup>, tendo como média de idade em que os sintomas se iniciam de 43,8<sup>6</sup>.

<sup>1</sup>Aluno de Graduação da Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic

<sup>2</sup>Bióloga e responsável pelo laboratório de Fisiologia e Bioquímica da Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic

<sup>3</sup>Professora das Disciplinas de Bioquímica e Cariologia da Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic

<sup>4</sup>Professora da Disciplina de Dentística da Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic

Pacientes portadores da SS, em geral, podem apresentar sinais e sintomas oculares e orais, ressecamento das mucosas nasal e vaginal, além de fadiga, dificuldades em deglutir, perda de apetite e extrema secura de pele. Os achados oculares e orais, no entanto, estão sempre presentes e são os mais relevantes para o diagnóstico desta condição<sup>12,15,3,17</sup>. Aproximadamente 60% dos pacientes apresentam atrofia da mucosa bucal, das papilas linguais (FIGURAS 1 e 2) e sensação de queimação, inclusive da mucosa faríngea<sup>17</sup>.

O cirurgião-dentista (CD) pode ser o primeiro profissional a diagnosticar a doença em virtude de suas queixas quanto às manifestações na cavidade bucal<sup>2</sup>. A razão mais comum de as pessoas com SS procurarem um CD é a presença da xerostomia, que é o sintoma de boca seca, decorrente da hipossalivação. A xerostomia pode ter como consequência a ulceração e fissuração da língua devido a alterações das glândulas salivares com consequente diminuição da secreção serosa<sup>6,11</sup>.



Figura 1

Figura 2



Figura 2: Superfície lingual despapilada e seca.

## CASO CLÍNICO

Paciente do gênero feminino, 33 anos de idade, leucoderma, relatou, durante a anamnese, história de artrite reumatóide e SS diagnosticada há 9 anos, acompanhada por sintomas como xerostomia, dificuldade em deglutir alimentos secos, sensação áspera nos olhos (FIGURA 3) e episódios de febre reumática.



**Figura 3:** A paciente apresentava ceratoconjuntivite seca e extrema secura da pele

Na clínica, foi realizada a evidenciação de biofilme dental bacteriano e orientação sobre higienização, seguida de limpeza profilática profissional (FIGURA 4).



**Figura 4:** Vista frontal da cavidade bucal evidenciando saúde gengival satisfatória.

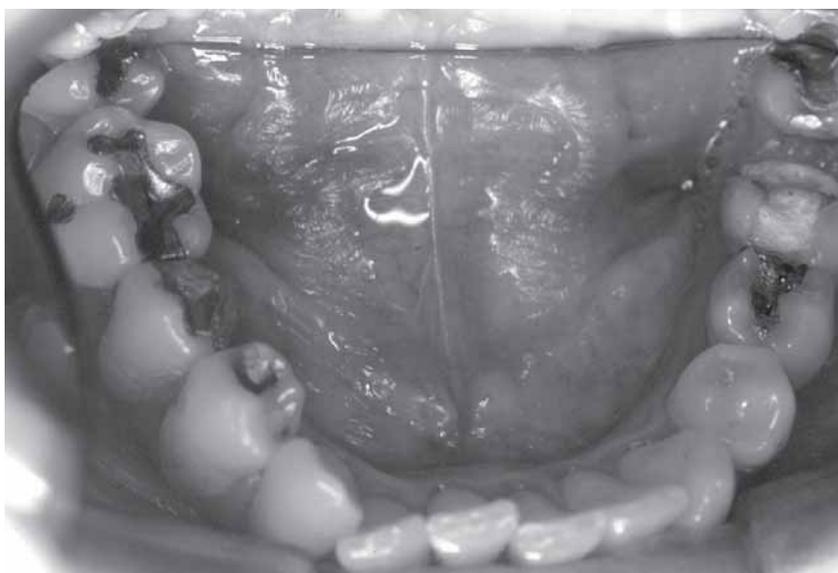
Em outra sessão, foi realizada a aplicação tópica de fluoreto em gel neutro (2% NaF = 9.000 ppm F) como forma de prevenir o desenvolvimento de lesões de cárie,

recomendando uma manutenção periódica a cada 3 meses para avaliação odontológica<sup>8</sup>.

Foi realizado um exame clínico, no qual se pode observar a presença de diversas restaurações nos dentes, bem como lesões cáries ativas nos dentes que tiveram a sua iniciação e desenvolvimento facilitados pela hipossalivação (FIGURAS 5 e 6).



**Figura 5:** Vista oclusal superior evidenciando história passada e presente da doença cárie.



**Figura 6:** Vista oclusal inferior evidenciando história passada e presente da doença cárie.

Foram também realizados exames para a determinação do fluxo, pH e capacidade tampão da saliva. Os resultados desses exames podem ser observados na TABELA 1.

**Tabela 1:** Características salivares analisadas.

<b>Características salivares</b>		
<b>Tipo de exame</b>	<b>Resultados</b>	<b>Interpretação dos resultados</b>
Fluxo salivar não-estimulado	0 ml/ min	Hipossalivação
Fluxo salivar estimulado	0,56 ml/ min	Hipossalivação
pH da saliva	8,01	Alto
Capacidade tampão	4,48	Baixa

Visando atenuar os sintomas de secura da boca, foi prescrita saliva artificial (Salivan<sup>®</sup> /APSEN Farmacêutica S/A), para ser utilizada de acordo com a necessidade, composta por carboximetilcelulose, sorbitol, cloretos e água purificada entre outros. Posteriormente, a paciente relatou certo desconforto gástrico durante o período em que utilizou o produto comercial. Assim, receitamos saliva artificial manipulada em farmácia de manipulação à base de cloretos, fosfatos, sorbitol 70%, carboximetilcelulose, água e fluoreto de sódio, entre outros<sup>14</sup>. Entretanto, assim como o produto anterior, não houve adaptação satisfatória da paciente, recomendando-se apenas o umedecimento constante da cavidade bucal com água e ingestão de líquidos, bem como um controle de dieta com baixo consumo de sacarose – que poderia aumentar ainda mais o risco de cárie - e de alimento duros e secos – que podem causar desconforto nas mucosas devido à falta de solubilização por ausência ou pouca saliva.

## DISCUSSÃO

Baseado nos Critérios de Classificação da Comunidade Européia<sup>23</sup>, verifica-se que a paciente apresenta os sinais clínicos e sintomas da Síndrome de Sjögren secundária associadas à artrite reumatóide, considerada como a doença auto-imune mais freqüentemente associada<sup>5,13,17</sup>. Conforme achados na literatura, a SS secundária é a apresentação clínica mais rara, observada em apenas 8% dos pacientes com a síndrome<sup>18</sup>.

O fato dos sintomas se assemelharem aos de outras doenças como o lúpus eritematoso, artrite reumatóide,

síndrome da fadiga crônica, fibromialgia, esclerose múltipla e doença de Alzheimer, faz com que o diagnóstico tenha um nível de dificuldade acentuado à primeira vista, necessitando o pedido de exames complementares ao paciente<sup>20</sup>. No tocante aos exames laboratoriais, o profissional médico pode recomendar a avaliação dos níveis séricos de auto-anticorpos, a biópsia das glândulas salivares labiais, sialografia da parótida, a sialometria e o teste de Schirmer entre outros, para avaliar a disfunção das glândulas salivares e lacrimais<sup>12</sup>.

A xerostomia também pode ser provocada devido à ingestão de alguns medicamentos, existindo aproximadamente 500 drogas que podem provocar tal sintoma. As mais comuns são os anti-depressivos, anti-histamínicos, diuréticos, anti-psicóticos, anti-parkinsonianos, anti-hipertensivos, anti-colinérgicos e anti-neoplásicos<sup>21</sup>. Por isso, é fundamental que o paciente informe se está tomando algum medicamento desse tipo. Neste caso apresentado, a paciente não tomava nenhum medicamento que pudesse provocar ou exacerbar tal sintoma.

Para o tratamento da secura dos olhos, é recomendado o uso de lágrimas artificiais sempre que necessário e recomendado pelo oftalmologista<sup>16</sup>. A prescrição de saliva artificial e a ingestão de líquidos ao longo do dia auxiliam na manutenção da saúde dos tecidos moles e dentários da boca<sup>22</sup>. Neste sentido, a administração de tabletes de 5mg de pilocarpina, que é um agonista colinérgico sistêmico durante 4 vezes ao dia, é uma das formas mais eficientes e de baixo custo para o alívio da hipossalivação, bem como tentar-se estimular a produção de saliva através de gomas de mascar sem açúcar, visando a prevenção, a longo prazo, de complicações causadas pelos graves sintomas da boca seca<sup>22</sup>. Para o tratamento dos sintomas secundários, indica-se o uso de vitaminas, imunossupressores, drogas antiinflamatórias esteroidais e não-esteroidais.

## CONCLUSÃO

É de suma importância que o tratamento da SS seja feito de forma adequada e acompanhado por uma equipe de profissionais das áreas médica e odontológica. Em relação à saúde bucal, o CD será o responsável por orientar os portadores da SS sobre uma higiene bucal cuidadosa, prescrever saliva artificial sempre que necessário e orientar sobre o controle da dieta.

## ABSTRACT

*Sjogren´s Syndrome (SS) is an autoimmune disease, in which the immune system compromises the exocrine glands, involving mainly the salivary and lachrymal glands. Xerostomia is the most evident oral symptom, resulting in the dryness of the lips, tongue, pharynx, and consequently, discomfort to speak, chew and swallow dry foods. The purpose of this paper was to present a clinical case of SS, emphasizing its clinical importance and the need of an early diagnose, aiming to improve the patient´s quality of life.*

**Key words:** *Sjogren´s Syndrome, immune complex diseases, xerostomia, dental caries susceptibility, salivary glands, saliva.*

## REFERÊNCIAS

1. Abrahão JMB, Andrade ED, Groppo FC. Algumas considerações sobre a Síndrome de Sjögren. *OM*. 1994; 21: 25-26.
2. Atkinson JC, Fox PC. Sjögren´s Syndrom: Oral and dental considerations. *J Am Dent Assoc*. 1993; 124: 74-86.
3. Azevedo DT, Wajjnberg MI, Saubermann LF, Geller M, Roimicher S. Síndrome de Sjögren. *J Bras Med*. 1971; 20:53-72.
4. Behrman RE, Kliegamn R, Jenson HB. Nelson: Tratado de pediatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
5. Bertram U, Halberg P. Organ antibodies in Sjögren´s syndrome. *Acta Allerg*. 1965; 20:472-483.
6. Bloch KJ, Buchanan WW, Wohl MJ, Bunim JJ. Sjögren´s syndrome. A clinical, pathological and serological study of sixty-two cases. *Medicine*. 1965; 44: 187-231.
7. Chisholm DM, Beeley JA, Mason DK. Salivary proteins in Sjogren´s syndrome: separation by isoelectric focusing in acrylamide gels. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1973; 35: 620-630.
8. Fox PC, Brennan M, Pillemer S, Radfar L, Yamano S, Baum BJ. Sjögren syndrom: a model for dental care in the 21<sup>st</sup> century. *J Am Dent Assoc*. 1998; 129: 719-28.
9. Fox RI. Sjögren´s syndrome: Current therapies remain inadequate for a common disease. *Expert Opin Investig Drugs*. 2000; 9:2007-16.
10. Freitas TMC, Medeiros AMC, Oliveira PT, Lima KC. Sjögren´s syndrome: literature review and clinical case management. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2004; 70:283-288.
11. Hamburger J. Sjögren´s Syndrome as seen by an oral physician. *Scand J Rheumatol*. 2001; 115:34-39.
12. Mandel L, Surattanont, F. Bilateral parotid swelling: A review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2002; 93:221-237.
13. Muñoz MGHCNS, Castelão WCB, Saraiva FMD, Costa JCT, Queiroz MFOV. Síndrome de Sjögren primária: manifestações exócrinas e não exócrinas. *Rev Bras Reumatol*. 2004; 44: 129-138.
14. Nakamoto RY. Use of a saliva substitute in postradiation xerostomia. *J Prosthet Dent*. 1979; 42:539-542.
15. Neville BW, Damm D, Allen M, Bouquot E. Patologia das glândulas salivares. In: *Patologia Oral e Maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998: 314-352.
16. Neville BW, Damm D, Allen M, Bouquot E. Patologia Oral e Maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
17. Rauch S, Gorlin RJ. In: Gorlin RJ, Goldman HM. *Thoma´s oral pathology*. St. Louis: Mosby, 1970.
18. Simmons DD, Al-Hashimi I, Haghghat N. Effect of xerostomic medications on stimulated salivary flow rate in patients with Sjögren syndrome. *Quintessence Int*. 2000; 31:196-200.

19. Sjögren, HSC. Zur Kenntnis der Keratoconjunctivitis (Keratitis filiformis bei Hypofunktion der Tranendrüsen). *Acta Ophtal.* 1933: 1-151.
20. Sonis ST, Fazio RC, Fang L. *Medicina Oral.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.
21. Sreebny LM, Broich G. Xerostomia: dry mouth. In: Sreebny L. *The salivary system.* Boca Raton: CRC Press, 1987.
22. Tommasi AF. *Diagnóstico em patologia bucal.* São Paulo: Pancast Editorial, 2002.
23. Vitali C, Bombardieri S, Jonsson R. Classification criteria for Sjögren syndrome: a revised version of the European criteria proposed by the American-European Consensus Group. *Ann Rheum Dis.* 2002; 61: 554-558.