

# Ciência Atual

Revista Científica  
Multidisciplinar das  
Faculdades São José

2019

Volume 13 | Nº1



FACULDADES  
SÃO JOSÉ

ISSN 2317-1499

**Thayana Alves Farinha**

Graduanda em Odontologia – Faculdades São José (FSJ)

**Beatriz Barbosa de Souza**

Graduanda em Odontologia – Faculdades São José (FSJ)

**Marcia Regina Cibis**

Graduanda em Odontologia – Faculdades São José (FSJ)

**Rhayany Lindenblatt**

Estomatologista, Doutora em Patologia geral Mestre em Patologia bucal, Habilitada em Laserterapia  
Professora das disciplinas de Estomatologia, Patologia geral, Patologia Bucal e Diagnóstico bucal (FSJ)

## RESUMO

A Síndrome de Sjögren (SS) teve sua descrição clássica em 1933 pelo oftalmologista sueco Henrick Sjögren. A SS é considerada uma doença auto-imune sistêmica com as glândulas exócrinas como alvo principal (4) que envolve principalmente as glândulas salivares e lacrimais, resultando em xerostomia e xeroftalmia. A SS possui duas formas a primária, em que a síndrome manifesta-se isoladamente e a secundária, em que o paciente apresenta síndrome seca e outra desordem auto-imune associada, como a artrite reumatóide, o lúpus eritematoso sistêmico, cirrose biliar primária e esclerodermia. esse trabalho elucidar o manejo clínico desses pacientes apresentando um relato de caso.

## ABSTRACT

Sjögren's Syndrome (SS) had its classic description in 1933 by the Swedish ophthalmologist Henrick Sjögren. SS is considered a systemic autoimmune disease with the exocrine glands as the main target involving mainly the salivary and lacrimal glands, resulting in xerostomia and xerophthalmia. The SS has two primary forms, in one the syndrome manifests itself and the secondary one, the patient presents sicca syndrome and other associated autoimmune disorder, such as rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus, primary biliary cirrhosis and scleroderma. The purpose of this study was to elucidate the clinical management of these patients by presenting a case report.

## INTRODUÇÃO

A Síndrome de Sjögren (SS) teve sua descrição clássica em 1933 pelo oftalmologista sueco Henrick Sjögren (1). O autor baseou-se nos achados de 19 pacientes do sexo feminino com olhos secos (ceratoconjutivite seca) e boca seca (xerostomia), treze dos quais apresentavam também artrite reumatóide (2).

A SS é considerada uma doença auto-imune sistêmica com as glândulas exócrinas como alvo principal (4) que envolve principalmente as glândulas salivares e lacrimais, resultando em xerostomia (boca seca) e xeroftalmia (secura ocular) (10), sendo os efeitos oculares denominados ceratoconjuntivitesicca. Observa-se diminuição ou perda total da função das glândulas salivares e lacrimais, evidenciada pela redução na sua secreção, alteração na qualidade e composição da saliva e da lágrima (2).

Duas formas da doença são reconhecidas, a SS primária, em que a síndrome sicca manifesta-se isoladamente e a SS secundária, em que o paciente apresenta síndrome sicca e outra desordem auto-imune associada, como a artrite reumatóide, o lupus eritematoso sistêmico, cirrose biliar primária e esclerodermia (2).

Estima-se que ocorram 10 vezes mais em pacientes do sexo feminino, predominantemente em adultos, mas alguns casos têm sido descritos em crianças (8).

O principal sintoma oral é a xerostomia, causada pela redução da secreção salivar, entretanto, a intensidade da secura pode variar de paciente para paciente. Além disso, o paciente relata sensação de queimação na boca, disfagia, particularmente para alimentos secos, sendo necessária freqüentemente ingestão simultânea de líquidos. Há tendência para o desenvolvimento de cáries, estomatite e halitose (2). Cerca de 60% dos doentes apresenta aumento do volume das glândulas salivares maiores: parótidas, sublinguais e submandibulares. A língua geralmente se torna fissurada e exibe atrofia das papilas. Podem ocorrer infecções secundárias por cândida.

Cerca de um terço à metade dos pacientes apresentam um aumento firme e difuso das glândulas salivares, com redução do fluxo salivar, o que aumenta o risco para uma sialoadenite bacteriana retrógrada.

O tratamento da enfermidade é geralmente de apoio e multidisciplinar, principalmente através da atuação do cirurgião-dentista e oftalmologista, a fim de proporcionar maior qualidade de vida ao paciente (9).

A SS apresenta relevância na Odontologia em virtude de complexas alterações que podem ser observadas nas glândulas salivares e, conseqüentemente, em toda a cavidade bucal. Além disso, ressalta-se a importância de se valorizar os sinais e sintomas apresentados pelo paciente, uma vez que as informações contidas na queixa principal, em toda anamnese e exame físico fundamentam o raciocínio clínico e devem ser associadas aos exames laboratoriais e de imagem (11).

O objetivo deste trabalho foi descrever as características da síndrome de Sjögren relatando um caso clínico de paciente portador, destacando as principais etapas do manejo clínico para obtenção do diagnóstico final.

## RELATO DE CASO

Paciente JJAA, 51 anos, leucoderma, compareceu à clínica de Semiologia com queixa de dor, xerostomia, dificuldade de abertura da boca e aumento de volume em região de glândula parótida direita. Durante anamnese, o paciente relatou quadros freqüentes de alergia respiratória e episódios de gastrite, ressecamento ocular e dores nas costas e articulações. Ao exame físico extra-oral, observou-se aumento de volume difuso e endurecido em região parotídea direita. Eram notórios sinais flogísticos como calor e eritema na região (Figuras 1 e 2). Em exame intra-bucal, evidenciou-se a carúncula do ducto de Stenon edemaciada, eritematosa, dolorida e com drenagem de secreção purulenta. A mucosa bucal mostrava-se muito ressecada, com aspecto "colante" e a língua, despapilada e fissurada (Figura 3). Foram notadas cáries cervicais em múltiplos elementos dentários (Figuras 4). O palato duro apresentou áreas de eritema e erosão (Figura 5). A radiografia panorâmica da face revelou, também, a presença de pontos radiopacos em região de parótida direita, compatível com a presença de sialólitos ao longo do ducto da glândula. Diante do quadro clínico apresentado, o diagnóstico sugerido inicialmente foi de sialoadenite bacteriana retrógrada, decorrente de uma provável Síndrome de Sjögren. Procedeu-se com prescrição de medicação antibiótica e anti-inflamatória, para redução dos sintomas. Como a lesão em palato era sugestiva de candidíase secundária, prescreveu-se terapia anti-fúngica após o tratamento com antibiótico. Para obtenção do diagnóstico final, solicitou-se exames laboratoriais como hemograma, fator reumatóide (FR), pesquisa de anticorpos anti-nucleares (anti-SS-A e anti-SS-B), ultrassonografia de glândulas parótidas direita e esquerda, além de avaliação médica pelo Oftalmologista e Reumatologista. No quarto dia de antibioticoterapia já se observou melhora do quadro geral, redução do edema e do eritema em pele de face e ausência de dor. Os exames complementares mostraram anemia leve, FR aumentado (24,8 UI/mL) e anti-SS-A e anti-SS-B não reagentes. A ultrassonografia das glândulas parótidas revelou parótida direita apresentando calcificações esparsas pelo parênquima, medindo a maior, 0,2 cm e a parótida esquerda sem alterações. Em consulta posterior, foi realizada sialometria do paciente, sendo evidenciado quadro de hipossalivação (fluxo estimulado = 0,1ml). O laudo oftalmológico confirmou o diagnóstico de SS, através da realização do Teste de Schirmer positivo (3 mm para olho direito e 4 mm para olho esquerdo). O laudo reumatológico também confirmou o diagnóstico, indicando que o paciente era portador de artrite reumatóide, o que caracterizou um quadro de Síndrome de Sjögren Secundária, em que além de xerostomia e xeroftalmia, o paciente apresenta outra desordem auto-imune, nesse caso a artrite reumatóide. O paciente está em acompanhamento, sendo controlada a hipossalivação, através do uso de saliva artificial e orientação para ingestão de bastante líquido. O mesmo está fazendo consultas regulares ao dentista para tratamento das cáries e aplicações periódicas de flúor, bem como com o reumatologista e oftalmologista.

## DISCUSSÃO

A síndrome de Sjögren é uma doença auto-imune crônica caracterizada por xerostomia, xeroftalmia, e está algumas vezes associada às doenças do colágeno, como a artrite reumatoide (2, 4, 10).

A síndrome apresenta relevância na Odontologia em virtude de complexas alterações que podem ser observadas nas glândulas salivares e, conseqüentemente, em toda a cavidade bucal. As manifestações bucais são, algumas vezes, as primeiras a serem notadas. O sintoma mais comum é a xerostomia, saliva espessa e espu-mosa, associada à dificuldade na deglutição e fonação, língua despapilada, fissurada e eritematosa, aumento do número de cáries, além do aumento volumétrico nas glândulas salivares, principalmente na parótida (2).

Para confirmação da Síndrome de Sjögren outras possíveis causas de xerostomia devem ser eliminadas, como o uso de medicamentos ansiolíticos, anti-hipertensivos, antidepressivos e anti-histamínicos, principalmente; aplasia de glândulas salivares, radioterapia na região de cabeça e pescoço, outras doenças sistêmicas, tabagismo e respiração bucal (6).

Frente a um quadro de xerostomia deve-se confirmar a presença de hipossalivação, o que pode ser feita através de uma sialometria, que medirá a saliva estimulada e não estimulada produzida pelo paciente. A sialografia é um método não-específico, em que se detecta dilatação ou obstrução ductal pela presença de cálculo. A cintilografia salivar examina de maneira não invasiva todas as glândulas salivares maiores simultaneamente, mas por usar radiação é pouco viável e cara.

Exames complementares devem ser solicitados para se excluir outras doenças sistêmicas. Testes oftalmológicos como o teste de Schirmer e de rosa bengala, para determinação a redução do fluxo lacrimal, confirmando ou não a SS, e análise da urina, para se excluir diabetes. Exames de sangue como velocidade de hemossedimentação (VHS) e pesquisa de anticorpos antinucleares – anti-SS-A e anti-SS-B -para se excluir sarcoidose ou SS. FR para investigar SS e sorologia, para possíveis causas virais (6).

A biópsia das glândulas salivares menores pode ser realizada frente a suspeita de SS. Glândulas salivares do lábio inferior são selecionadas, sendo removidos de 4 a 6 lóbulos de glândula salivar. Observa-se, a partir daí, a presença de sialoadenite focal linfocítica, com a presença de focos linfocíticos com mais de 50 linfócitos.

Após a obtenção do diagnóstico de SS há a necessidade de classificá-la. Será um caso de SS primária, caso haja biópsia e sorologia positivos, além de pelo menos outros quatro sinais ou sintomas. Caso o paciente apresente outra doença auto-imune associada, além de xerostomia, xerofthalmia, caracteriza-se um quadro de SS secundária (2).

O tratamento do paciente com SS é principalmente de suporte, principalmente com uso de saliva e lágrima artificial. Devido ao risco aumentado de cáries dentárias, recomenda-se aplicações periódicas de flúor (2). O tratamento antifúngico pode ser necessário, caso haja candidíase secundária. Pacientes com SS apresentam elevado risco de desenvolver linfomas, 40 vezes a mais que a população normal, o que torna importante a detecção precoce e o acompanhamento destes pacientes (5).

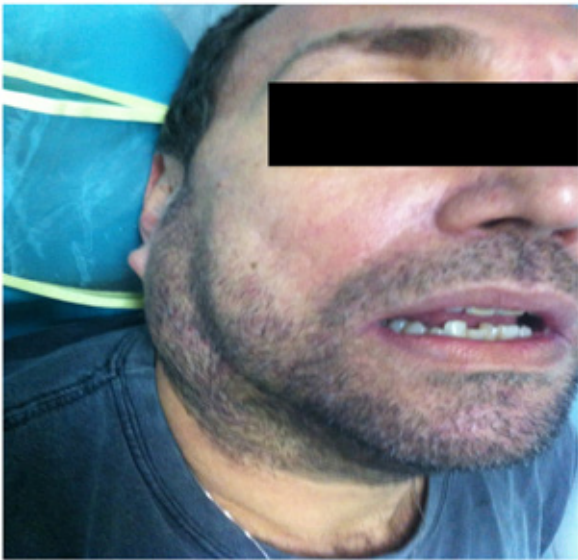
No relato do caso clínico o paciente apresentava queixa de dor, xerostomia, dificuldade de abertura da boca e aumento de volume em região de glândula parótida direitos sendo frequentes quadros de alergia respiratória e episódios de gastrite, ressecamento ocular e dores nas costas e articulações. Também se observou aumento de volume difuso e endurecido em região parotídea direita. A mucosa bucal mostrava-se muito ressecada, por causa da xerostomia, com aspecto “colante” e a língua, despapilada e fissurada e foram notadas cáries cervicais em múltiplos elementos dentários. Assim como descreve-se os sinais e sintomas da síndrome.

Sendo assim, esse caso infantiza a importância de se valorizar os sinais e sintomas apresentados pelo paciente, uma vez que a as informações contidas na queixa principal, em toda anamnese e exame físico fundamentam o raciocínio clínico e devem ser associadas aos exames laboratoriais e de imagem (11).

## CONCLUSÃO

O cirurgião-dentista tem um papel importante no diagnóstico da síndrome de Sjögren, Desconforto bucal, lesões cáries, despapilação lingual, candidíase bucal, queilite angular e parotidites recorrentes são complicações advindas da xerostomia. Também de importância para conhecimento do profissional é o fato de a síndrome poder apresentar em seu quadro clínico doenças sistêmicas, além de ter potencial de transformação maligna.

Embora o diagnóstico da síndrome de Sjögren envolva uma série de outros exames que não somente aqueles diretamente relacionados às estruturas bucais, o cirurgião-dentista deve conhecê-los e ser capaz de solicitá-los e interpretá-los, a fim de realizar o diagnóstico. É importante que o cirurgião-dentista atue orientando e estimulando o paciente para a melhoria e manutenção da saúde bucal. Por não haver ainda tratamento curativo para a síndrome e o acompanhamento dos pacientes deve ser feito a longo prazo.



(FIGURA 1)



(FIGURA 2)



(FIGURA 3)



(FIGURA 4)



(FIGURA 5)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CHISHOLM DM, MASON DK. Labial salivary gland biopsy in Sjögren's disease. *J ClinPathol* 1968; 21(5):656-60.
2. REHMAN H. Sjögren syndrome. *Yonsei Med J* 2003; 44(6):947-54.
3. TALAL N. Sjögren's syndrome: historical overview and critical spectrum of disease. *Rheum Dis Clin North Am* 1992; 18(3):507-15.
4. KALK WW, VISSINK A, SPIJKERVET FK, BOOTSMA H, KALLENBERG CG, ROODENBURG JL. Parotid sialography for diagnosing Sjögren syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 2002; 94(1):131-7.
5. NEVILLE BW, DAMM, DD, ALLEN, CM, BOUQUOT, JE. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 3ª ed. Rio de Janeiro:Elsevier, 2009.
6. SCULLY C. *Medicina Oral e Maxilofacial*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
7. MAVRAGANI, C P.; MOUTSOPOULOS, Haralampos M.. Sjögren's Syndrome. *Annual Review Of Pathology: Mechanisms of Disease*, [s.l.], v. 9, n. 1, p.273-285, 24 jan. 2014. Annual Reviews. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-pathol-012513-104728>.
8. PAIVA, C S. DE; ROCHA, E M. Sjögren syndrome. *Current Opinion In Ophthalmology*, [s.l.], v. 26, n. 6, p.517-525, nov. 2015. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).
9. MAVRAGANI, C P. MOUTSOPOULOS, Haralampos M.. Sjögren syndrome. *Canadian Medical Association Journal*, [s.l.], v. 186, n. 15, p.579-586, 24 fev. 2014. Joule Inc.
10. IENOPOLI, S; CARSONS, S E.. Extraglandular Manifestations of Primary Sjögren's Syndrome. *Oral And Maxillofacial Surgery Clinics Of North America*, [s.l.], v. 26, n. 1, p.91-99, fev. 2014. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.coms.2013.09.008>.
11. LINDENBLATT, R C R; LIMA, L T V, FARINHA, T A; PINHEIRO, N Z. Importância da associação clínico-radiográfica no diagnóstico da Síndrome de Eagle. *Ciência Atual*, 2018, v. 11, n. 1, p. 08-09.





**[www.saojose.br](http://www.saojose.br) | (21) 3107-8600**

Av. Santa Cruz, 580 - Realengo - Rio de Janeiro