

MANIFESTAÇÕES ORAIS DA SÍNDROME DE SJÖGREN

Caroline Rodrigues Thomes¹, **Jonata Leal dos Santos**², **Maria Eduarda Martins Nogueira**³, **Ana Leticia Lopes Abreu Silva**³, **Alfredo Carlos Rodrigues Feitosa**⁴

¹Universidade Federal do Espírito Santo, (carolthomesodonto@gmail.com)

² Faculdade Pitágoras de Imperatriz, (jonataleal.2@gmail.com)

³ Universidade CEUMA, (eduarda_nogueira08@hotmail.com, luiza_everton@hotmail.com, uerbaleticia@gmail.com)

⁴ Professor Titular do Departamento de Clínica Odontológica da Universidade Federal do Espírito Santo (alfredofeitosaufes@gmail.com)

Resumo

Introdução: A Síndrome de Sjögren é uma doença autoimune de caráter inflamatório que geralmente apresenta um curso crônico frequente, na qual o sistema imunológico do paciente passar a atacar principalmente as glândulas salivares e lacrimais, podendo estender-se e abranger muitos outros órgãos ou sistemas. As queixas orofaciais constituem os sintomas iniciais em mais da metade dos portadores, possuindo uma sequência de possíveis sinais e sintomas persistentes e complexos que determinam um ônus de ordem significativa da doença e podem ser identificados por cirurgiões-dentistas. **Objetivo:** Analisar as manifestações orais da Síndrome de Sjögren por meio de uma revisão de literatura. **Método:** Trata-se de uma revisão de literatura narrativa realizada por meio de consulta à base de dados Google Scholar. Para isso, foram utilizadas as palavras-chave “Odontologia” AND “Pacientes” AND “Síndrome de Sjögren”, selecionando artigos publicados nos idiomas português e inglês, sem limite de tempo e com acesso disponível para leitura. **Resultados:** O quadro de hipossalivação que ocorre como consequência da Síndrome de Sjögren está relacionado com a presença de uma maior incidência de alterações orais. Nota-se que frequentemente, pacientes com Síndrome de Sjögren apresentam manifestações orais provenientes do quadro da doença, como: atrofia das papilas linguais, língua fissurada e mucosa oral avermelhada e dolorida. O acompanhamento desses indivíduos pelo Cirurgião-Dentista é considerado de extrema relevância, e tem como objetivo minimizar os sinais e sintomas clínicos da doença, tanto através da indicação do uso de saliva artificial com finalidade de lubrificação oral, ou por meio do controle químico e mecânico adequado da placa bacteriana. **Conclusões:** É de fundamental importância que o cirurgião-dentista tenha conhecimento sobre os sinais e sintomas da Síndrome de Sjögren no consultório odontológico, saiba encaminhar ao especialista para o diagnóstico e saiba como proceder no tratamento específico de sua área, para com esses pacientes.

Palavras-chave: Boca. Odontologia. Síndrome de Sjögren.

Área Temática: Temas livres.

Modalidade: Resumo expandido.

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome de Sjögren pode ser definida como uma doença autoimune de caráter inflamatório que geralmente apresenta um curso crônico frequente, na qual o sistema imunológico do paciente passa a atacar principalmente as glândulas salivares e lacrimais, podendo estender-se e abranger muitos outros órgãos ou sistemas (LIMA; SENA; FERREIRA, 2005). A sua apresentação clínica pode variar a partir de sintomas relativamente leves caracterizados por xerostomia e xeroftalmia, artralgias, fadiga e fibromialgia, e por sintomas sistêmicos mais graves como vasculite, glomerulonefrite, linfoma não-Hodking e uma série de manifestações neurológicas (PATEL; CHAHANE, 2014).

A etiopatogenia da Síndrome de Sjögren ainda não é completamente elucidada, todavia, estudos sugerem que seja decorrente de um conjunto de alterações imunológicas de origem infecciosas e/ou genéticas, que somadas podem estar associadas ao desenvolvimento do processo autoimune. Dentre essas alterações se destacam a infecção por vírus Epstein-Barr, hepatite C, leucemia de células T por vírus1, deficiência de hormônios andrógenos, além de concentrações elevadas no plasma de fator ativador de células B (BAFF), fator reumatoide (FR), anticorpos antinucleares Ro e La, IgG, TNF- α , e INF-g4 (DELALEU et al., 2008; ROESCHER; TAK; ILLEI, 2009).

A prevalência desta síndrome, segundo critérios previamente definidos pelo Consenso Euro-Americano, se encontra em torno de 0,3 a 2,7% da população, sendo as mulheres as mais afetadas, numa proporção de aproximadamente 9M:1H. O diagnóstico da doença usualmente é realizado entre a quarta e quinta década de vida pelo médico reumatologista, porém, qualquer profissional da saúde deve idealmente saber reconhecer os aspectos mais relevantes da doença, e a partir da suspeita inicial da síndrome, encaminhar o paciente ao especialista para desenvolver o melhor tratamento para este paciente (PATEL; SHAHANE, 2014).

As queixas orofaciais constituem os sintomas iniciais em mais da metade dos portadores, possuindo uma sequência de possíveis sinais e sintomas persistentes e complexos que determinam um ônus de ordem significativa da doença e podem ser identificados por cirurgiões-dentistas. Assim, minimizar essas morbidades orofaciais são desafios constantes (FOX et al., 2008). Por isso, o objetivo desse trabalho foi analisar as manifestações orais da Síndrome de Sjögren por meio de uma revisão de literatura narrativa.

2 MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura narrativa realizada por meio de consulta à base de dados Google Scholar. Para isso, foram utilizadas as palavras-chave “*Odontologia*” AND “*Pacientes*” AND “*Síndrome de Sjögren*”, selecionando artigos publicados nos idiomas português e inglês, sem limite de tempo e com acesso disponível para leitura. Foram incluídos estudos in vivo, revisões de literatura, capítulos de livros, dissertações, relatos de casos, teses e trabalhos de conclusão de curso publicados sobre a temática buscada. Os critérios de exclusão foram artigos em outros idiomas, estudos in vitro, estudos com animais e editoriais. Dessa forma, foram selecionados oito artigos para leitura e análise na íntegra.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O quadro de hipossalivação que ocorre como consequência da Síndrome de Sjögren está relacionado com a presença de uma maior incidência de alterações orais, fazendo com que o Cirurgião-Dentista possua importante atuação perante o tratamento e manutenção desses pacientes. Dentro desse contexto, o resultado da falta de saliva proporciona uma mudança na microbiota oral, resultando no aumento da microbiota cariogênica e de infecções fúngicas (DONALDSON; EPSTEIN; VILLINES, 2014).

Por conta de uma limitada capacidade tampão da saliva, o processo de remineralização do dente fica comprometido, podendo levar à maior incidência de lesões de cárie. Mediante a isso, a pouca quantidade de mucinas, a uma redução dos anticorpos presentes na saliva e dos fatores de crescimento epiteliais, há um contrabalanço da saúde da mucosa e da cicatrização de feridas orais. Em suma, os pacientes podem apresentar diversos problemas na retenção de próteses, alterações no paladar, mastigação, fala, formação do bolo alimentar e deglutição (DONALDSON; EPSTEIN; VILLINES, 2014).

Nota-se que frequentemente, pacientes com Síndrome de Sjögren apresentam manifestações orais provenientes do quadro da doença, como: atrofia das papilas linguais, língua fissurada e mucosa oral avermelhada e dolorida. Além disso, a hipossalivação, que é uma característica clínica medida pelo fluxo salivar, e a xerostomia, uma característica estritamente sintomatológica, podem ocasionar dificuldades na fala, na mastigação e mudanças

na microbiota oral, com o próprio aumento de espécies como *Lactobacillus acidophilus*, *Streptococcus mutans* e *Candida albicans* (LEUNG; LEUNG; MCMILLAN, 2007).

O acompanhamento desses indivíduos pelo Cirurgião-Dentista é considerado de extrema relevância, e tem como objetivo minimizar os sinais e sintomas clínicos da doença, tanto através da indicação do uso de saliva artificial com finalidade de lubrificação oral, ou por meio do controle químico e mecânico adequado da placa bacteriana. Nessa perspectiva, na maioria dos casos, a terapêutica realizada pelo médico reumatologista é de suporte aos sintomas glandulares, mas, existem também os fármacos para os pacientes que têm algum comprometimento sistêmico (RAMOS et al., 2012).

4 CONCLUSÃO

A Síndrome de Sjögren se apresenta como um enorme desafio para os profissionais da saúde envolvidos na sua abordagem, considerando a imprecisão dos métodos diagnósticos e a sua etiologia, assim como no tratamento, que consiste apenas no alívio da sintomatologia.

É de fundamental importância que o cirurgião-dentista tenha conhecimento, principalmente, sobre os sinais e sintomas e manifestações orais provenientes da Síndrome de Sjögren no consultório odontológico, saiba encaminhar ao especialista para o diagnóstico e a conduta adequada em como proceder no tratamento específico de sua área para com esses pacientes.

REFERÊNCIAS

DELALEU, N. et al. Inhibition of experimental Sjögren's syndrome through immunization with HSP60 and its peptide amino acids 437-460. **Arthritis Rheum.**, v.58, n.8, p. 2318 – 2328, 2008.

DONALDSON, M.; EPSTEIN, J.; VILLINES, D. Managing the care of patients with Sjögren syndrome and dry mouth: comorbidities, medication use and dental care considerations. **J Am Dent Assoc.**, v.145, n.12, p. 1240 – 1247, 2014.

FOX, P. C. et al. Oral involvement in primary Sjögren syndrome. **J Am Dent Assoc**, v.139, n.12, p. 1592 – 1601, 2008.

LEUNG, K. C.; LEUNG, W. K.; MCMILLAN, A. S. Supra-gingival microbiota in Sjogren's syndrome. **Clin Oral Invest**, v.11, n.4, 2007.

LIMA, J.F.J.; SENA, M.F.; FERREIRA, M. A. Condição oral dos pacientes com síndrome de Sjögren: uma revisão sistemática. **Rev Odonto Ciência**, v.20, n.49, p. 210 – 216, 2005.

PATEL, R.; SHAHANE, A. The epidemiology of Sjögren's syndrome. **Clin Epidemiol.**, v.30, n.6, p. 247 – 255, 2014.

RAMOS, C. N. et al. Topical and systemic medications for the treatment of primary Sjögren's syndrome. **Nat Rev Rheumatol.**, v.8, n.7, p. 399 – 411, 2012.

ROESCHER, N.; TAK, P. P.; ILLEI, G. G. Cytokines in Sjögren's syndrome. **Oral Dis**, v.15, p. 519 – 526, 2009.