

CONDIÇÃO ORAL DOS PACIENTES COM SÍNDROME DE SJÖGREN: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

ORAL CONDITIONS IN PATIENTS WITH SJÖGREN'S SYNDROME: A SYSTEMATIC REVIEW

Lima Junior, José Ferreira*
Sena, Marina Fernandes**
Ferreira, Maria Angela***

RESUMO

Introdução: A Síndrome de Sjögren é uma doença auto-imune crônica, na qual o sistema imune do paciente ataca as glândulas salivares e lacrimais. No meio ambiente oral, ela provoca uma série de alterações dentre as quais se sobressai a xerostomia. **Objetivo:** Este estudo teve por objetivo investigar as manifestações orais da Síndrome de Sjögren e suas conseqüências na estrutura dentária. **Materiais e métodos:** Foram utilizados como fonte de pesquisa consultas manuais em periódicos especializados da área, sites e nas bases de dados eletrônicas MEDLINE, LILACS e BBO. Foram incluídos estudos transversais, caso-controle e coorte com avaliação clínica realizada através dos índices de cárie dentária e de doença periodontal. Os idiomas selecionados foram português, inglês e espanhol, considerando o período de 1990 a 2003. As estratégias de busca foram realizadas utilizando-se as seguintes palavras: *sjögren*, *dmf*, *carie*, *decay*, *periodontal*, *plaque*, *gingivite*. **Resultados:** No total, 78 estudos foram encontrados, sendo que destes, apenas 10 foram selecionados (todos da MEDLINE) por estarem de acordo com aos critérios de inclusão. **Conclusões:** Os estudos analisados demonstram que o principal sintoma da síndrome de Sjögren é a xerostomia e que existe uma fraca relação entre os pacientes sindrômicos e os índices de cárie e nenhuma relação com a doença periodontal.

UNITERMOS: Sjögren; CPO-D; cárie; cariado; periodontal; placa; gengivite.

SUMMARY

Introduction: Sjögren's syndrome is an auto-immune disease that attack salivaries glands. It causes several alterations at oral environment like xerosis. **Objective:** The aim of this study was to investigate oral conditions in Sjögren's syndrome patients and their consequences on dental structure. **Materials and method:** The sources utilized in this were specific newsletter's manual searches, sites and eletronic bases such MEDLINE, LILACS and BBO. Case-controll, Cohorte and sectional studies were included, besides clinical avalition using dental caries and periodontal index. Portuguese, english and spanish idioms were selected ; and the time period was since 1990 untill 2003. Searching strategies used included the following words: *sjögren*, *dmf*, *carie*, *decay*, *periodontal*, *plaque* and *gingivite*. **Results:** Seventy-eight studies were finded, but only ten (all of them from MEDLINE) were really used in this systematic review, because they were according to inclusion criterion. **Conclusion:** The articles analyzed demostrated the principal symptoms of Sjögren's syndrome was xerosis. They also showed a weak relation between the sindromic and assindromic patients and dental caries index and any relation to periodontal index.

UNITERMS: Sjögren; *dmf*; *carie*; *decay*; *periodontal*; *plaque*; *gingivite*.

* Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da UFRN.

** Acadêmica de Odontologia da UFRN.

*** Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da UFRN.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Sjögren é uma doença auto-imune crônica, na qual o sistema imunológico do paciente ataca as glândulas salivares e lacrimais. Os linfócitos infiltram-se por estas glândulas causando diminuição de lágrimas e saliva, provocando secura nos olhos e na boca. Tal sintoma também pode se apresentar na pele, nariz e vagina, além de afetar outros órgãos do corpo, como os rins, vasos sanguíneos, pulmões, fígado, pâncreas e cérebro (www.Sjögrens.com/syndrome).

São reconhecidas duas formas da doença: Síndrome de Sjögren Primária, que não está presente com outra desordem, e a Secundária, na qual o paciente manifesta a síndrome associada com outras doenças auto-imunes (Neville, 1995). As causas específicas não são conhecidas, mas múltiplos fatores provavelmente estão envolvidos, dentre os quais os genéticos, viróticos, hormonais ou suas interações (www.lagrима-brasil.org.br).

A Síndrome de Sjögren não é uma condição rara, porém a prevalência exata é desconhecida. Estima-se que ocorra em 0,5% da população norte-americana, sendo que 9 (nove) entre 10 (dez) pessoas com Sjögren são mulheres (www.Sjögrens.com/syndrome). No Brasil, não se dispõe de uma base de dados confiável para se saber o número exato de portadores, embora a maioria das mulheres diagnosticadas costuma estar na menopausa ou em idade mais avançada. No entanto, essa síndrome pode ocorrer também em crianças, adolescentes e adultos jovens (www.lagrима-brasil.org.br).

Dentre os sintomas orais, encontram-se: xerostomia, como principal; língua fissurada; atrofia papilar; mucosa oral vermelha e sensível; queilite angular e, de 1/3 a metade dos pacientes, uma tumefação difusa e firme das glândulas salivares que aumenta durante o curso da doença. Um sintoma extra-oral bastante característico é a ceratoconjuntivite (Neville, 1995).

Assim, considerando que um dos principais sintomas da Síndrome de Sjögren consiste na xerostomia, objetiva-se pesquisar a relação entre esta sintomatologia e a presença de cárie dental e/ou doença periodontal em pacientes portadores dessa síndrome.

MATERIAL E MÉTODOS

Fontes pesquisadas

Foram utilizadas fontes de busca manual, sites e as bases de dados eletrônicas: MEDLINE, LILACS e BBO.

Critérios de inclusão dos estudos

Foram incluídos os estudos realizados em humanos do tipo transversal, caso-controle e coorte que tiveram como objetivo a relação de pacientes portadores de Síndrome de Sjögren e seus achados orais. Os desfechos esperados em tais estudos foram os níveis de secreção salivar em pacientes com Síndrome de Sjögren e a relação com a presença de doença periodontal e cárie dentária.

Os idiomas selecionados foram inglês, português e espanhol; e os estudos pesquisados corresponderam ao período de 1990 a 2003.

Critérios de exclusão

Foram excluídos estudos de intervenção ou aqueles cuja avaliação foram baseados em parâmetros não-clínicos.

Estratégias de busca: utilizaram-se duas estratégias de busca, quais sejam:

- I. Sjögren and (dmf or decay or carie or periodontal or plaque or gingivite) [palavras] and "ESPAÑHOL" or "INGLES" or "PORTUGUES" [idioma].
- II. Sjögren and (dmf or periodontal or plaque or gengival) and (sectional or cohort or control)[palavras].

RESULTADOS

Na base de dados eletrônica MEDLINE, lançando-se mão da I estratégia de busca referida anteriormente, foram encontrados 60 artigos, dos quais apenas 15 foram selecionados, por se enquadrarem nos critérios de inclusão. Utilizando-se a II estratégia descrita, obteve-se um resultado de 18 artigos, dos quais 5 foram selecionados. Juntas, as duas estratégias usadas totalizaram 20 artigos; no entanto, todos os artigos da II estratégia foram repetidos nos resultados da I busca; portanto, nesta revisão foram utilizados 10 trabalhos; todos oriundos da MEDLINE, os quais se encontram no Anexo 1.

No LILACS foram encontrados dois trabalhos quando se utilizou a primeira estratégia de busca e nenhum ao se utilizar a segunda. Os achados, por sua vez, não puderam ser incluídos nesta revisão, haja vista tratarem-se de um caso clínico e uma revisão da literatura, o que vai de encontro aos critérios de inclusão. Em relação às buscas efetivadas na BBO, mesmo utilizando as duas estratégias propostas, nenhum trabalho foi encontrado.

DISCUSSÃO

A saliva é um fluido bucal secretado pelas glândulas salivares, alcançando um volume de 0,5-1,5 litro por dia, sendo composta de 99% de água e 1% de substâncias orgânicas e inorgânicas. Suas funções no organismo consistem na digestão inicial dos alimentos; defesa, por apresentar sistemas antimicrobianos; tamponamento; emulsificação, dentre outras. Ressalte-se a grande importância da saliva no equilíbrio da microbiota oral, como também no funcionamento do organismo (Fejerskov, 1995).

Alguns pesquisadores (Ravald et al.⁷ 1998; Pedersen et al.⁶ 1999; Boutsis et al.¹ 2000; Najera et al.⁵ 1997 e Jorkjend et al.³ 2003) estudaram os níveis de fluxo salivar de pacientes com síndrome de Sjögren em relação a pacientes controle saudáveis, observando que o fluxo salivar foi significativamente mais baixo naqueles com síndrome de Sjögren, confirmando assim, a presença de xerostomia nesses pacientes.

Com essa constatação, pode-se especular que a diminuição da secreção salivar poderia acarretar grandes modificações na mucosa oral, dificuldade na deglutição e na fala, ardência bucal e aumento na experiência de cáries dentárias (Jorkjend et al.³ 2003), como também a maior probabilidade de desenvolver processos periodontopáticos. Isso porque a ação imunológica e o efeito tampão da saliva estarão reduzidos, favorecendo o desequilíbrio da microbiota oral. Apesar dessa eminente predisposição, a evidência para uma possível existência da associação entre a síndrome de Sjögren e achados orais, como doença periodontal e cárie dentária ainda não são bem conhecidas.

No que se refere ao estado periodontal de pacientes com síndrome de Sjögren, não foram encontradas diferenças significativas entre estes e os sujeitos controles saudáveis. Parâmetros periodontais, como o índice de placa, índice gengival, profundidade de bolsa periodontal e a perda de inserção do ligamento periodontal foram bastante similares entre os grupos estudados por Boutsis et al.¹ (2000), Pedersen et al.⁶ (1999), Kuru et al.⁴ (2002) e Tseng et al.⁹ (1991). Este último relata que a boa higiene oral e os cuidados periodontais regulares podem, em parte, ter contribuído para o fato dos sujeitos síndrômicos não exibirem índices mais elevados de doença periodontal.

Os índices de placa e de sangramento gengival traduzem o estado de higiene oral dos indivíduos e, de acordo com os autores, não foi encontrada

diferença entre os grupos, apesar de Ravald et al.⁷ (1998) e Christensen et al.² (2001) terem constatado que os pacientes acometidos pela síndrome escovavam mais frequentemente os dentes (mais que duas vezes ao dia). Schiodt et al.⁸ (2001) também não encontraram diferenças significativas entre os grupos analisados em relação ao sangramento gengival. No entanto, Najera et al.⁵ (1997) encontraram diferença estatística significativa no que diz respeito ao índice de placa ($p < 0.005$).

A bolsa periodontal é um evento que ocorre geralmente em pessoas com idade avançada, sendo causada por microrganismos e seus produtos, os quais produzem alterações morfológicas no tecido que leva a um aumento da profundidade do sulco gengival (Carranza Jr.¹¹, 1997), o qual em seu estado normal possui em média 2 mm. Apesar de uma parte dos pacientes em estudo apresentarem bolsa periodontal, não foram verificadas diferenças entre os grupos nos trabalhos avaliados. Schiodt et al.⁸ (2001) encontraram bolsas periodontais de 4-5 mm, bem como bolsas maiores que 5 mm com prevalências similares entre os grupos síndrômico e controle.

Entende-se por perda de inserção como sendo a redução progressiva de suporte periodontal na dentição natural e que pode ser prevenida pela frequente e adequada higiene e profilaxia dentárias (Carranza Jr.¹¹, 1997). Assim, Boutsis et al.¹ (2000) verificaram perda de inserção em 66,7% dos pacientes síndrômicos, sendo tal perda entre 4-6 mm. Kuru et al.⁴ (2002) detectaram que todos os pacientes estudados tiveram pelo menos um ou mais sítios com profundidade de sondagem e perda de inserção maior ou igual a 4 mm. Ainda em relação à perda de inserção, Pedersen et al.⁶ (1999) observaram que 2 dos 16 pacientes estudados apresentaram sinais de doença periodontal, incluindo também pronunciada inflamação, além da perda de inserção.

Alterações da mucosa oral foram avaliadas por Pedersen et al.⁶ (1999), através de exames clínicos nos indivíduos com a síndrome. Os achados revelaram mudanças moderadas da mucosa oral, sendo observada a presença de candidíase e queilite angular, além de um avermelhamento leve, fissuras e atrofia papilar na mucosa lingual. Foi observado ainda que pacientes usuários de prótese total ou parcial (25%) tiveram problemas de úlceras. De um modo geral, as alterações da mucosa oral ocorreram mais frequentemente em pacientes com baixos níveis de fluxo salivar, ou seja, nos pacientes síndrômicos. Ainda em relação às alterações da mucosa, Soto-Rojas et al.¹⁰ (1998) encontraram

pacientes com dificuldade em comer alimentos secos (66%), sensibilidade à ácidos (68%), sensibilidade a alimentos picantes (58%), secura dos lábios (76%) e da língua (68%), além de língua fissurada eritematosa (70%) e candidíase oral (74%).

Quanto à presença de próteses dentárias, Ravald et al.⁷ (1998) encontraram em aproximadamente 50% dos indivíduos de ambos os grupos o uso próteses fixadas em implantes, próteses parciais removíveis e pontes (maior ou igual a 3 unidades), não encontrando diferenças significativas entre os grupos. Em um estudo similar, Boutsis et al.¹ (2000) encontraram resultados semelhantes.

No que se refere a quantidade de dentes presentes na cavidade oral, Najera et al.⁵ (1997) não encontraram diferenças significativas entre os grupos analisados. Boutsis et al.¹ (2000) observaram em relação a tal número um fator correspondente a 22,7 dentes nos indivíduos sindrômicos, sendo o resultado similar entre os grupos estudados. Diferentemente, Jorkkjend et al.³ (2003) encontraram diferenças significativas ($p < 0,05$) entre os grupos controle e com a síndrome, este com uma maior ausência de dentes.

Em relação à associação da cárie com a síndrome de Sjögren, Najera et al.⁵ (1997), Ravald et al.⁷ (1998) e Christensen et al.² (2001) observaram que esses pacientes tinham uma maior experiência de cárie quando comparados aos indivíduos saudáveis. No grupo de pacientes em idade mais avançada (> 60 anos), o Índice de dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D) foi de 26,2 contra 22,1 para o grupo controle ($p < 0,001$). Da mesma forma, nos pacientes mais jovens o CPO-D encontrado foi de 22,3 contra 18,8 (Christensen et al.² (2001). Por outro lado, Boutsis et al.¹ (2000) e Jorkkjend et al.³ (2003) não encontraram diferenças estatísticas significativas na experiência de cárie entre os grupos controle e o dos pacientes sindrômicos, o que o autor explica pelo fato de apenas o número de dentes restaurados ter sido usado como critério da experiência de cárie. Da mesma forma, Soto-Rojas et al.¹⁰ (1998) encontraram diferenças significativas entre a prevalência de cáries atípicas ou cervicais (83%) e cárie oclusal (63%).

Quando avaliado a relação entre os anticorpos e o índice de cárie, Pedersen et al.⁶ (1999) observaram que pacientes com *Focus score* e/ou anticorpos para SSA/SSB tiveram mais altos CPO-D, como também maiores alterações na mucosa

oral que pacientes sem *Focus score* e/ou anticorpos para SSA/SSB. Essa diferença, muito provavelmente deve-se a xerostomia verificada nos pacientes com essa síndrome.

A frequência de visitas anuais ao dentista em pacientes com síndrome de Sjögren foi analisada por alguns estudos. Ravald et al.⁷ (1998), constataram que os pacientes com essa síndrome tinham uma frequência ao dentista de 1 a 5 vezes ao ano, enquanto apenas um indivíduo do grupo controle havia comparecido uma vez no ano. Da mesma forma, Boutsis et al.¹ (2000) observaram que 40% do grupo sindrômico visitava o dentista a cada três meses, contra 19% do grupo controle ($p < 0,001$). Ou seja, tais estudos foram concordantes ao observarem uma maior preocupação com a saúde oral naqueles indivíduos com síndrome de Sjögren. No entanto, Christensen et al.² (2001) referiram que a maior frequência ao dentista, provavelmente, leva a uma maior facilidade em encontrar tais enfermidades. Soto-Rojas et al.¹⁰ (1998), constataram que de uma maneira geral as visitas ao dentista não foram frequentes nos grupos analisados. Entretanto, quando isso era referido, geralmente ocorria no grupo dos pacientes sindrômicos, principalmente quando sentiam algum desconforto ou dor. Isto pode explicar, em parte, a maior prevalência de cárie na pesquisa deste autor.

Como pode ser observada, a relação entre a cárie dentária e as periodontopatias nos pacientes com a síndrome de Sjögren são inconclusivos, em função das limitações metodológicas verificadas num estudo caso-controle. Em todos os estudos pode-se observar um pequeno número amostral, o que restringe o poder de inferência dos resultados. Estudos longitudinais multicêntricos com um maior número de indivíduos são necessários para um melhor esclarecimento da relação entre os agravos orais e a síndrome de Sjögren.

CONCLUSÕES

Os estudos analisados demonstram que o principal sintoma da síndrome de Sjögren na cavidade oral é a xerostomia. Existe uma fraca relação entre os pacientes sindrômicos e os índices de cárie e nenhuma relação com a doença periodontal, possivelmente pelo fato dos pacientes acometidos pela síndrome terem uma melhor higiene oral. A síndrome de Sjögren é uma doença nova em termos de pesquisas, porém não tão rara ao se tratar do número de pessoas acometidas, sendo preciso a realização de mais estudos sobre a possível relação entre ela e os agravos orais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boutsis EA, Paikos S, Dafni UG, Moutsopoulos HM, Skopouli FN. Dental and periodontal status of Sjögren's syndrome. *J Clin Periodontol*. 2000; 27(4):231-5.
2. Christensen LB; Petersen PE, Thorn JJ, Schiodt M. Dental caries and dental behavior of patients with primary Sjögren syndrome. *Acta Odontol Scand*. 2001;59(3) 166-20.
3. Jorkjend L, Johansson A. Periodontitis, caries and salivary factors in Sjögren's syndrome patients compared to sex- and age-matched controls. *J Oral Rehab*. 2003;30:369-78.
4. Kuru B, McCullough MJ, Yilmaz S, Porter SR. Clinical and microbiological studies of periodontal disease in Sjögren's syndrome patients. *J Clin Periodontol*. 2002;29(2):92-102.
5. Najera M. Prevalence of periodontal disease in patients with Sjögren's syndrome. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol*. 1997 Apr;45:3-7.
6. Pedersen AM, Reibel J, Nordgarden H, Bergem HO, Jensen JL, Nauntofte B. Primary Sjögren's syndrome: salivary gland function and clinical oral findings. *Oral Dis*. 1999;5(2):128-38.
7. Ravald N, List T. Caries and periodontal conditions in patients with primary Sjögren's syndrome. *Swed Dent J*. 1998;22(3):93-03.
8. Schiodt M, Christensen LB, Petersen PE, Thorn JJ. Periodontal disease in primary Sjögren's syndrome. *Oral Dis*. 2001;7:106-08.
9. Tseng, CC. Periodontal status of patients with Sjögren's syndrome: a cross-sectional study. *J Formos Med Assoc*. 1991;90(1):109-11.
10. Soto-rojas AE. Oral manifestations in patients with Sjögren's syndrome. *J Rheumatol*. 1998;25(5): 906-10.
11. Carranza Jr FA. *Periodontia clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
12. Thylstrup A, Fejerskov O. *Tratado de Cariologia*. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1988. 404p.
13. Neville BW. *Patologia das glândulas salivares*. In: *Patologia oral e maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. Cap. 11, p.323-6.
14. Sjögren H. O que é Síndrome de Sjögren? [Acesso em 04 abr. 2004]. Disponível em <http://www.lagrima-brasil.org.br/portugues/sindrome.htm>

Recebido para publicação em: 09/12/2004; aceito em: 05/04/2005.

Endereço para correspondência:
JOSÉ FERREIRA LIMA JÚNIOR
Rua 21 de Outubro, 566 – Centro
CEP 63400-000, Cedro, CE, Brasil
Fone/Fax: (84) 215-4133 – (88) 9906-7870
E-mail: jflimajunior@hotmail.com

ANEXO 1

Título/Autor/Ano	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusão
Estudos Clínicos e Microbiológicos de Doenças Periodontais em Pacientes com Síndrome de Sjögren/Kuru B et al./2002.	Avaliar em termos de parâmetros clínicos e microbiológicos o estado periodontal de pacientes com Síndrome de Sjögren.	Desenho: caso-controle. Participantes: 8 pacientes com Síndrome de Sjögren Primária e 10 com síndrome de Sjögren Secundária comparados com 11 sujeitos controle saudáveis. Desfecho: o índice de placa e de gengivite, recessão gengival, bolsa periodontal, nível de aderência e sangramento na sondagem.	Não foi obtido diferenças significativas das lesões periodontais entre os pacientes envolvidos na pesquisa. $P =$	O estado periodontal de pacientes com Síndrome de Sjögren não difere dos saudáveis sistemicamente.
Síndrome de Sjögren Primária: função da glândula salivar e achados clínicos orais/Pederson AM et al./1999.	Avaliar a função da glândula salivar, composição salivar e achados orais em pacientes com Síndrome de Sjögren Primária subdivido em pacientes com e sem <i>focus score</i> $>$ ou $=$ a 1 (FS) e/ou anticorpos para SSA/ SSB (AB) comparando estes a controle saudáveis.	Desenho: caso-controle. Participantes: 16 pacientes com secreção salivar proveniente da estimulação da glândula salivar, subdivididos naqueles com FS e/ou AB (n = 8) e os sem FS e AB (n = 8) e controles saudáveis (n = 13). Desfecho: Sintomas de secura, CPO-D, placa, bolsa periodontal e estado da mucosa.	Pacientes com FS e/ou AB apresentaram níveis de secreção salivar mais baixo do que pacientes sem FS e/ou AB ($p = 0,01$). Para saliva obtida com e sem estimulação e pacientes controle saudáveis o valor de $p = 0,001$. Pacientes com FS e/ou AB apresentaram frequência mais alta de mudanças da mucosa oral e maiores CPO-D que os pacientes sem FS e/ou AB e controles saudáveis ($p < 0,01$). Índices de placa e bolsa periodontal não apresentaram diferenças significativas.	Pacientes com FS e/ou AB tiveram níveis de secreções salivar mais baixo e mais alto CPO-D, e mais mudanças da mucosa oral do que pacientes sem FS e/ou AB.
Condições cárias e periodontais em pacientes com Síndrome de Sjögren primária/Ravald N et al./1998.	Estudar as condições de cárie e periodontais em pacientes com Síndrome de Sjögren primária.	Desenho: caso-controle. Participantes: 21 pacientes com a Síndrome e 21 pacientes controle concordantes com o sexo e idade selecionados randomicamente. Desfecho: cáries dentais, restaurações e condições periodontais e taxas de secreção salivar estimulada e não-estimulada.	Os pacientes 1°SS tiveram significativamente mais coroas e mais cáries radicular inativa do que os pacientes controles. Nenhuma diferença significativa foi encontrada entre os grupos quanto as condições periodontais. O valor médio da taxa secreção salivar não-estimulada e estimulada no paciente síndrômico foi menor do que no grupo controle.	Pacientes com Síndrome de Sjögren primária têm um risco aumentado de desenvolver cáries de coroa e raiz devido à xerostomia. As condições periodontais são similares àquelas encontradas na dentística geral.
Estado dental e periodontal da síndrome de Sjögren/Boutsi EA et al./2000	Examinar a condição dental e periodontal em pacientes com SS em comparação com <i>controle da doença</i> e avaliar a influência da redução do fluxo salivar nos tecidos periodontais.	Desenho: caso-controle. Participantes: 24 pacientes com SS primária e secundária em comparação com 27 pacientes com outra doença auto-imune e 29 sujeitos que apresentavam xerostomia ou xerofalmlia sem exibir uma doença subjacente. Desfecho: CPO-D, próteses fixos ou removíveis, avaliação do estado periodontal e hábito de higiene oral.	Nenhuma diferença foi encontrada nas condições dentais e periodontais dos três grupos. O fluxo salivar foi estatisticamente baixo em pacientes com SS e exibiram uma correlação negativa com o número de lesões de cárie cervical. Encontrou-se que os hábitos de higiene oral dos pacientes com SS eram melhores que do grupo controle.	Nenhuma diferença significativa foi detectada, considerando o estado dental e periodontal de pacientes com SS comparados com os demais pacientes
Cáries e comportamento da saúde dental de pacientes com síndrome de Sjögren primária/Christensen LB et al./2001.	Comparar pacientes com SS e um grupo controle em relação as experiência de cáries.	Desenho: caso-controle. Participantes: 53 pacientes com SS primária e um grupo controle de 53 pessoas com idades concordantes. Desfechos: CPO-D.	O CPO-D nos pacientes com SS primária de idade mais velha foi maior em relação com o do grupo controle ($p < 0,001$). Os pacientes com SSP tem uma maior frequência de visitas ao dentista do que o grupo controle e apresentam melhores hábitos de higiene oral que os pacientes assindrômicos. Relataram ter uma maior preocupação com seus dentes e um maior gasto com tratamento dental que o grupo controle.	Os pacientes com SSP tiveram experiência maior de cáries dentais e um tratamento dental mais radical. Isto sugere que a Sistema Nacional de Saúde deve dar ênfase para os cuidados preventivos para pacientes com SS.

Anexo 1 (cont.)

Título/Autor/Ano	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusão
Manifestações orais em pacientes com Síndrome de Sjögren/Soto-Rojas AE et al./1998.	Investigar sinais e sintomas orais de indivíduos com Síndrome de Sjögren, comparando os resultados com um grupo de indivíduos saudáveis.	Desenho: caso-controle. Participantes: 21 sujeitos com Síndrome de Sjögren primária, 29 com SS secundária e 31 indivíduos saudáveis. Desfecho: Avaliação clínica oral, com também, preenchimento de questionários relacionados a percepção de saúde e limpeza oral dos entrevistados.	Significativas diferenças entre pacientes síndrômicos e saudáveis foi encontradas.	A saúde bucal dos pacientes com Síndrome de Sjögren é deficiente.
Estado periodontal de pacientes com Síndrome de Sjögren: um estudo cruzado/Chuen-Chyi Tseng et al./1991.	Determinar o estado periodontal de pacientes com Síndrome de Sjögren em relação a sujeitos controle.	Desenho: caso-controle. Participantes: 14 indivíduos com Síndrome de Sjögren e 14 controles saudáveis. Desfecho: índice de placa, índice gengival, índice de sangramento, índice de cálculo, profundidade de bolsa e nível de perda inserção.	Não houve diferenças significativas dos índices mensurados entre os grupos estudados.	Não observação de influência dos índices analisados sobre a doença periodontal em pacientes síndrômicos.
Fatores salivares, periodontais e cariosos em pacientes com Síndrome de Sjögren comparados a sujeitos controle/Jorkjend L et al./2003.	Comparar o estado periodontal e dental de pacientes com Síndrome de Sjögren primária e secundária com indivíduos controle saudáveis.	Desenho: caso-controle. Participantes: 33 pacientes síndrômicos e 33 pacientes saudáveis. Desfecho: aferições da taxa de fluxo salivar espontâneo e estimulado, como também examinação do estado dental e periodontal (nível de perda de inserção e suporte ósseo) e o número de remanescentes dentais.	O estado dental e periodontal dos grupos estudados não mostrou diferenças significativas, exceto em relação ao nível de perda de inserção que se encontrou elevada no grupo síndrômico.	Pacientes síndrômicos não tiveram risco aumentado em desenvolver doença periodontal.
Doença Periodontal na Síndrome de Sjögren Primária/Chiodt et al./2001	Examinar se a prevalência e/ou a severidade das condições gengivais e periodontal nos pacientes com Síndrome de Sjögren Primária diferem daquelas da população em geral.	Desenho: caso-controle Participantes: 57 pacientes, com idade média de 62 anos, variando de 27-84 com Síndrome Sjögren Primária. Desfecho: sangramento gengival, cálculos supragengival e subgengival e bolsas periodontais	Não foram encontradas diferenças significativas das condições periodontais dos pacientes com Síndrome de Sjögren e os do grupo controle desta pesquisa.	Apesar de ser uma doença sistêmica, a Síndrome de Sjögren Primária parece não estar associada com um aumento do risco de Doença Periodontal.
Prevalência de Doença Periodontal em pacientes com síndrome de Sjögren/ Najera et al./1997.	Comparar a condição periodontal de um grupo de pacientes com Síndrome de Sjögren com um grupo controle saudável.	Desenho: caso-controle. Participantes: 25 pacientes com Síndrome de Sjögren Primária. Desfecho: determinação do número de dentes; CPO-S, profundidade de sondagem, nível de inserção clínica, índice de placa, índice gengival, sangramento à sondagem e nível do osso alveolar.	Os resultados sugerem um aumento significativo no índice de placa ($p < 0,005$), maior CPO-S ($p < 0,005$), aumento de perda do osso alveolar ($p < 0,005$) e menor nível de inserção clínica ($p < 0,005$).	A análise de Odds Ratio sugere que os pacientes com Síndrome de Sjögren possuem 2,2 vezes maior risco de ter periodontite do adulto que o grupo controle saudável.