

Síndrome de sjögren: relato de caso

Sjögren's syndrome: case report

CRISTIANE ALENCAR¹
ELKEN G. RIVALDO²
DALVA M. P. PADILHA³
LUIS C. F. FRASCA⁴

RESUMO

Objetivos: Apresentar um caso clínico enfatizando a abordagem terapêutica realizada pelo cirurgião dentista com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dos pacientes acometidos pela Síndrome de Sjögren.

Descrição do caso: Paciente feminina com Síndrome de Sjögren encaminhada para reabilitação protética apresentava ressecamento da face, olhos, lábios e toda a mucosa bucal. Queixava-se de dificuldade para falar, mastigar e engolir. Foi realizada a adequação bucal e foram dadas instruções relacionadas à dieta alimentar. Para a reabilitação do espaço edentado tipo Classe III de Kennedy, optou-se por uma prótese parcial removível convencional com retentores extracoronários. Foi prescrito flúor em forma de bochecho diário e gel oral umidificador, duas vezes ao dia. Foi delineado um programa de acompanhamento e manutenção para que a paciente pudesse manter, com sucesso, a saúde bucal estabelecida.

Conclusões: A Síndrome de Sjögren compreende anormalidades em diversos setores do organismo, incluindo a saliva, que desempenha importante papel na fisiologia e biologia do ser humano. Portanto, a interdisciplinaridade, com envolvimento do cirurgião dentista, é de extrema importância para o sucesso terapêutico desta doença.

DESCRIPTORIOS: SÍNDROME DE SJÖGREN/TERAPIA; QUALIDADE DE VIDA; REABILITAÇÃO BUCAL; XEROSTOMIA; XEROFTALMIA, RELATOS MÉDICOS.

ABSTRACT

Aims: To present a clinical report emphasizing the therapeutic approach done by a dentist with the purpose of improving the quality of life of patients with Sjögren's Syndrome.

Case description: Female patient with Sjögren's Syndrome referred for prosthetic rehabilitation, presented with drying of the face, eyes, lips and of all the buccal mucosa. She complained of difficulty of speaking, chewing and swallowing. The buccal adequacy was carried through and related instructions to the alimentary diet were given. For rehabilitation of the type Class III of Kennedy edentulous space, a conventional partial removable prosthesis with extra coronary retainers was placed. Fluorine in form of daily mouth washing and a moisturizing oral gel two times a day were prescribed. A program of follow-up was delineated in order that the patient could successfully keep buccal health.

Conclusions: Sjögren's Syndrome comprises abnormalities in several aspects of the body, including the saliva, which plays important roles in the physiology and biology of the human being. Therefore, the interdisciplinary management, with involvement of the surgeon dentist, is of extreme importance for the therapeutic success of this disease.

KEY WORDS: SJÖGRENS'S SYNDROME/THERAPY; MOUTH REHABILITATION; QUALITY OF LIFE; XEROSTOMIA; XEROPHTHALMIA; MEDICAL RECORDS.

¹ Especialista em Prótese Dentária pela ULBRA/RS.

² Doutora em Gerontologia Biomédica pela PUCRS. Professora da ULBRA/RS.

³ Doutora em Odontologia pela PUCRS. Professora da PUCRS e UFRGS.

⁴ Doutor em Odontologia pela USP. Professor da ULBRA/RS e UFRGS.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Sjögren (SSj) é um distúrbio sistêmico crônico de distribuição mundial, em que o aumento da atividade da resposta imune sugere a etiologia auto-imune.^{1, 2} As glândulas exócrinas, principalmente as salivares e lacrimais, são as mais afetadas.^{1,3-5} Assim, um dos principais sinais e sintomas da doença é a xerostomia/hipossalivação, o que é de extrema importância, já que a quantidade suficiente de saliva é necessária para a manutenção da saúde e para o conforto oral, sendo particularmente importante em usuários de próteses.⁴⁻⁶ Não existe cura para a SSj até o momento e, portanto, o tratamento é direcionado ao alívio dos sintomas. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico, enfatizando a abordagem terapêutica realizada com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes acometidos, no que se refere às condições de saúde bucal.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente feminina, com 65 anos de idade, foi encaminhada por um médico reumatologista à Clínica de Prótese Dentária da Universidade Luterana do Brasil, para reabilitação protética. História de SSj diagnosticada há sete anos, associada a artrite reumatóide, acompanhadas da seguinte sintomatologia: ardência e dor na boca, dificuldade de falar, mastigar e engolir, ardência nos olhos e ressecamento da pele e mucosas (bucal, nasal e vaginal). A paciente estava sob tratamento, fazendo uso de saliva e lágrima artificial e lubrificante vaginal.

Ao exame físico, observou-se o ressecamento da face, olhos e lábios (Figura 1). A avaliação das condições intra-orais revelou o ressecamento de toda a mucosa bucal, ausência do acúmulo de saliva no assoalho da boca, língua avermelhada e com atrofia de papilas, cárie radicular e doença periodontal, além da ausência de elementos dentários (Figura 2).

Foi realizada a adequação bucal (raspagem coronoradicular, instruções de higiene bucal, restaurações). Além disso, a paciente recebeu instruções relacionadas à dieta alimentar, indicando-se a ingestão de alimentos protetores para compensar a deficiência do efeito tampão da saliva.

Após esse período, duas opções de tratamento protético foram apresentadas para a

reabilitação do espaço edentado tipo Classe III de Kennedy, com suas respectivas vantagens e desvantagens. Considerando-se o alto custo biológico para a realização de uma prótese fixa, somado às dificuldades motoras inerentes à doença articular, a paciente optou por uma prótese parcial removível convencional. Para que fosse possível a obtenção de uma retenção efetiva, foram utilizados retentores diretos extracoronários (Figura 3).



Figura 1 - Face evidenciando a secura da pele e lábios.



Figura 2 - Mucosa oral ressecada, avermelhada e delgada, presença de lesões cáries cervicais.



Figura 3 - Prótese Parcial Removível instalada.

Após a conclusão do tratamento, foram enfatizadas as instruções de higiene bucal e da prótese. Também indicou-se a utilização de flúor na concentração de 0,05% em forma de bochecho diário e a remoção da prótese no período noturno, já que nesse período a salivagem é reduzida. Para o tratamento sintomático, prescreveu-se o gel umidificador Oral Balance® (Rancho Dominguez/CA, Estados Unidos da América) duas vezes ao dia, após as refeições. Foi delineado um programa de acompanhamento e manutenção, para que a paciente pudesse manter, com sucesso, a saúde bucal estabelecida.

DISCUSSÃO

A SSj é uma doença freqüente, mas o fato de serem adotados diversos critérios diagnósticos torna difícil a comparação dos diversos estudos clínicos, principalmente em relação aos dados epidemiológicos. Geralmente o diagnóstico é tardio e, com o passar do tempo, há uma necessidade crescente de consultas médicas, sendo o dentista e o reumatologista os especialistas mais freqüentemente consultados.⁷ A SSj é considerada uma doença auto-imune, sendo que os fatores imunológicos, neurológicos, genéticos, virais e hormonais parecem interagir para causar a doença.⁸

Clinicamente, a SSj pode ocorrer como primária ou secundária. Quando as manifestações clínicas são limitadas às glândulas salivares e lacrimais, a condição é considerada primária. Na presença de outra doença auto-imune, é referida como secundária.^{2,4} As manifestações clássicas são xerostomia/hipossalivação e xeroftalmia. Os efeitos nos olhos costumam ser chamados de ceratoconjuntivite *sicca* (seca).^{1,4,5}

A xerostomia/hipossalivação é caracterizada pela diminuição da secreção salivar. A saliva desempenha importantes papéis na fisiologia e biologia do ser humano, tais como lubrificação, ação antimicrobiana, limpeza, fonação, sensibilidade gustativa, manutenção da integridade da mucosa, capacidade tampão e formação do bolo alimentar de maneira a favorecer a digestão.^{1,9} Os pacientes com xerostomia/hipossalivação queixam-se de secura dos lábios, língua e garganta, dificuldades na mastigação e deglutição, dificuldade no uso de dentaduras, dor, queimação e sensibilidade a alimentos com sabores picantes.^{4,5,10,11} No entanto, as precárias condições de saúde bucal, como lesões cariosas e

doença periodontal, não podem ser atribuídas à doença sistêmica.¹²

O termo ceratoconjuntivite *sicca* descreve, além da reduzida produção de lágrimas, os efeitos patológicos nas células epiteliais da superfície ocular. O paciente queixa-se de uma sensação arenosa áspera, coceira, queimação e incapacidade de tolerar fumaça e luz. A visão pode tornar-se borrada e, algumas vezes, há dor contínua.^{4,11}

O processo inflamatório da SSj também pode afetar diversos outros tecidos do corpo. Freqüentemente a pele é seca, assim como as mucosas nasal e vaginal. Constantemente ocorre tumefação difusa e irregular das glândulas salivares maiores, geralmente bilateral, podendo ser indolor ou levemente sensível, e de natureza intermitente ou persistente. Outros possíveis problemas associados incluem linfadenopatia, cirrose biliar, nefrite intersticial, neuropatias periféricas, cirrose biliar primária, fibrose pulmonar intersticial e fenômeno de Raynaud.^{2,4,11}

O tratamento é baseado no alívio dos sintomas. Para olhos secos, a terapia inicial é a administração de lágrimas artificiais. Além disso, podem ser feitas tentativas de conservar uma película de lágrima através da utilização de óculos fechados. Os pacientes devem evitar vento, climas secos, pó e fumaça. Em pacientes com resposta inadequada a lágrimas artificiais, o fechamento do ponto lacrimal na margem interna das pálpebras, para reduzir a drenagem de lágrimas, pode ajudar.⁴

As salivas artificiais, disponíveis para o tratamento de xerostomia/hipossalivação, podem ajudar pacientes com ulcerações orais e epitélio desnudo, apesar de o benefício obtido ser limitado e de duração breve. A estimulação fisiológica pode ser realizada por estímulos mastigatórios e gustativos, como as balas ou chicletes sem açúcar. Para a estimulação farmacológica, são usados dois agonistas colinérgicos: a pilocarpina e a cemivalina. Estas drogas estimulam a secreção salivar e aliviam os sintomas da xerostomia/hipossalivação. Os sintomas, com freqüência, podem ser aliviados pelo uso de produtos de higiene oral que contenham lactoperoxidase, lisozima e lactoferrina, como dentifrício e colutório Biotene® e gel Oral Balance® (Rancho Dominguez/CA, Estados Unidos da América), enzimas naturais da saliva que suplementam o sistema de defesa natural antibacteriano da boca, aliviando a irritabilidade e protegendo os tecidos.^{4,11}

A SSj compreende anormalidades em diversos setores do organismo, incluindo a saliva, a qual desempenha importantes papéis na fisiologia e biologia do ser humano; portanto, a interdisciplinaridade, com envolvimento do cirurgião dentista, é de extrema importância para o sucesso terapêutico desta doença.

REFERÊNCIAS

1. Cabrera JMA, Casals MR, Carrasco MG. Síndrome de Sjögren. Medellín (Colômbia): Corporación para Investigaciones Biológicas; 2001.
2. Al-hashimi I. The management of Sjögren's syndrome in dental practice. *J Am Dent Assoc.* 2001;132:1409-17.
3. Thomas E, Hay EM, Hajeer A, et al. Sjögren's syndrome: a community-based study of prevalence and impact. *Br J Rheumatol.* 1998;37:1069-76.
4. Neville BW, Allen CM, Damm DD, et al. Patologia oral & maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
5. Delaleu N, Jonsson R, Koller MM. Sjogren's syndrome. *Eur J Oral Sci.* 2005;113:101-13.
6. Budtz-Jørgensen E. Prosthodontics for the elderly: diagnosis and treatment. Illinois: Quintessence; 1999.
7. Pavlidis NA, Karsh J, Moutsopoulos HM. The clinical picture of primary Sjögren's syndrome: a retrospective study. *J Rheumatol.* 1982;9:685-90.
8. Sakata K, Sakata A, Kong L, et al. Role of Fas/FasL interaction in physiology and pathology: the good and the bad. *Clin Immunol Immunopathol* 1998;87:1-7.
9. Puy CL. The role of saliva in maintaining oral health and as an aid to diagnosis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2006;11:E449-55.
10. Mcmillan AS, Leung KCM, Leung WK, et al. Impact of sjögren's syndrome on oral health-related quality of life in southern Chinese. *J Oral Rehabil.* 2004;31:653-9.
11. Fox, PC. Sjögren's syndrome: a model for dental care in the 21st century. *J Am Dent Assoc.* 1998;129:719-28.
12. Boutsis EA, Paikos S, Dafni UG, et al. Dental and periodontal status of Sjogren's syndrome. *J Clin Periodontol.* 2000;27:231-5.

Endereço para correspondência:
CRISTIANE ALENCAR
Av. Farroupilha, 8353/303 - São José
CEP 92420-460, Canoas, RS, Brasil
Fone: (51) 3427-1500
E-mail: cristianealencar@terra.com.br