

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA**  
**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**  
**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**CAROLINA DA SILVA PIO**

**CUIDADOS ODONTOLÓGICOS EM PACIENTE COM SÍNDROME DE  
SJÖGREN: RELATO DE CASO**

**VOLTA REDONDA**

**2022**

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA**  
**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**  
**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**CUIDADOS ODONTOLÓGICOS EM PACIENTE COM SÍNDROME DE  
SJÖGREN: RELATO DE CASO**

Monografia apresentada ao Curso de Odontologia do Centro Universitário de Volta Redonda, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aluna: Carolina da Silva Pio

Orientadora: Roberta Mansur Caetano

Coorientador: Alcemar Gasparini Netto

**VOLTA REDONDA**

**2022**

**FICHA CATALOGRÁFICA**

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

P662c Pio, Carolina da Silva  
Cuidados odontológicos em paciente com síndrome de Sjögren:  
relato de caso. / Carolina da Silva Pio. – Volta Redonda: UniFOA,  
2022.

40 p. II

Orientador (a): Profa. Roberta Mansur Caetano

Monografia (TCC) – UniFOA / Curso de Odontologia, 2022.

1. Odontologia - TCC. 2. Síndrome de Sjögren. 3. Xerostomia. 4. Xeroftalmia. I. Caetano, Roberta Mansur. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 617.6



## FOLHA DE APROVAÇÃO



Trabalho de Conclusão do Curso intitulado: “Cuidados odontológicos em paciente com Síndrome de Sjögren: Relato de Caso”

Elaborado por: Carolina da Silva Pio

E apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia.

Aprovada em 01 de julho de 2022.

Banca Avaliadora:

.....  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Roberta Mansur Caetano

.....  
Prof.<sup>o</sup> Especialista Alcemar Gasparini Netto

.....  
Prof.<sup>a</sup> Doutor Leonardo dos Santos Barroso

## DEDICATÓRIA

*"Dedico este trabalho à Deus por ter me iluminado e ter me proporcionado forças para chegar até aqui, me presenteando com momentos e pessoas especiais.*

*Aos meus familiares, sem vocês nada disso seria possível. Sou grata por ter vocês e por tudo que já fizeram por mim.*

*A minha orientadora Roberta pelo carinho, dedicação, suporte e incentivo. Essa professora maravilhosa mostrou seu coração humilde e acolhedor, me encantando ainda mais pela pessoa e profissional que é.*

*Aos profissionais da odontologia, em especial a Dr<sup>a</sup> Adelany Receputi Netto, por ter me inspirado e Celeste Aparecida por terem me ensinado tanto.*

*Essa conquista é também de cada um de vocês por acreditarem em mim e no meu potencial. Obrigada do fundo do coração!"*

Carolina da Silva Pio

## **AGRADECIMENTOS**

*"Primeiramente agradeço a Deus pela oportunidade e vocação que me foi dada, aos meus familiares por toda a ajuda até aqui, honrarei e agradecerei sempre. Sem vocês, nada seria possível.*

*A minha orientadora Dra. Roberta Mansur, que desde o início se fez presente para este trabalho, até antes mesmo de ser um trabalho de conclusão de curso. Sempre foi dedicada, carinhosa, acolhedora e muitos outros adjetivos, apesar de eles não serem o suficiente para descrevê-la. Desejo que todos tenham a oportunidade de ter uma professora como ela.*

*Agradeço também ao professor Alcemar, pelo apoio, atenção e dedicação durante curso e trabalho.*

*Ao meu convidado professor Leonardo, que durante as clínicas de quinta-feira, me fez perceber que estou no caminho certo, apesar das dificuldades dessa trajetória. Alguns professores possuem o dom de ensinar e sem dúvidas, tenho a certeza que a minha banca é muito especial.*

*Aos profissionais da odontologia, que tive o prazer de conhecer durante o estágio, em especial Dr<sup>a</sup> Adelany Receputi Netto e Celeste Aparecida que me ensinaram muito sobre humanidade, compaixão, empatia e generosidade.*

*Aos amigos de fora e de dentro da faculdade, que sempre vibraram com as minhas conquistas e estiveram ao meu lado em todos os momentos.*

*E a todos aqueles que de certa forma me acompanharam e me incentivaram durante essa etapa da minha vida. Agradeço a todos, de forma mais sincera possível!"*

Carolina da Silva Pio

## EPÍGRAFE

“Que nada nos defina, que nada nos sujeite.  
Que a liberdade seja a nossa própria  
substância, já que viver é ser livre.”

Simone de Beauvoir

## RESUMO

O objetivo desse estudo foi abordar as características da Síndrome de Sjögren e enfatizar os cuidados odontológicos e orientações aos pacientes para aliviar os sinais e sintomas na cavidade oral. Foi realizado um relato de caso de paciente do gênero feminino, 54 anos de idade, que não fazia uso de medicamentos, sem doenças sistêmicas, com alterações hormonais, apresentava xerostomia, xeroftalmia e uma degradação dentária generalizada. Foi realizado exame histopatológico de glândulas salivares menores, com diagnóstico de síndrome de Sjögren primária. No tratamento odontológico realizado na Clínica Integrada do Curso de Odontologia do UniFOA foram realizadas: -Orientações com relação a alimentação: ingestão de água com frequência; evitar alimentos pegajosos, secos, carboidratos (particularmente a sacarose), ácidos, picantes, bebidas alcoólicas. Evitar o fumo; -Orientações com relação a higienização oral: uso do fio dental antes da escovação; escovação por 2 minutos, utilizando os cremes dentais prescritos; - Prescrição de cremes dentais: durante o dia, Sensodyne Repair & Protect® (sem lauril sulfato de sódio, com baixa abrasividade e entre 1000 a 1500 ppm F); período da noite, Gel Dental Orthogard® (com 5000 ppm de flúor), uma vez ao dia, sem enxaguar a boca; - Tratamento restaurador dos dentes com indicação; - Protocolo de aplicação de Fluorniz ® (verniz fluoreto de sódio a 5%), em todos os elementos a cada 3 meses. Portanto, foram realizados procedimentos preventivos e terapêuticos, que promoverão a qualidade de vida da paciente. Concluiu-se que os sinais e sintomas da síndrome de Sjögren podem ser identificados e tratados pelo cirurgião-dentista, utilizando orientações e prescrições preventivas e terapêuticas, como no caso clínico apresentado.

Palavras-chave: Síndrome de Sjögren; Xerostomia; Xeroftalmia.

## ABSTRACT

The aim of this study was to address the characteristics of Sjögren's Syndrome and emphasize dental care and patient guidance to alleviate signs and symptoms in the oral cavity. A case report of a female patient, 54 years old, who did not use medication, without systemic diseases, with hormonal changes, presented xerostomia, xerophthalmia and generalized dental degradation was carried out. Histopathological examination of minor salivary glands was performed, with a diagnosis of primary Sjögren's syndrome. In the dental treatment performed at the Integrated Clinic of the UniFOA Dentistry Course, the following were carried out: - Guidance regarding food: frequent water intake; avoid sticky, dry foods, carbohydrates (particularly sucrose), acids, spicy, alcoholic beverages. Avoid smoking; - Guidelines regarding oral hygiene: flossing before brushing; brushing for 2 minutes, using the prescribed toothpastes; - Toothpaste prescription: during the day, Sensodyne Repair & Protect® (without sodium lauryl sulfate, with low abrasiveness and 1000 to 1500 ppm F); at night, Orthogard® Dental Gel (with 5000 ppm of fluoride), once a day, without rinsing the mouth; - Restorative treatment of teeth with indication; - Fluorniz® application protocol (5% sodium fluoride varnish) on all elements every 3 months. Therefore, preventive and therapeutic procedures were performed, which will promote the patient's quality of life. It was concluded that the signs and symptoms of Sjögren's syndrome can be identified and treated by the dentist, using preventive and therapeutic guidelines and prescriptions, as in the clinical case presented.

Keywords: Sjogren's Syndrome; Xerostomia; Xerophthalmia.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Oclusão – vista anterior.....	24
Figura 2 Oclusão – lado direito.....	24
Figura 3 Oclusão – lado esquerdo .....	24
Figura 4 Oclusal superior .....	24
Figura 5 Oclusal inferior .....	24
Figura 6 Radiografia panorâmica .....	25
Figura 7 Oclusão – vista anterior.....	26
Figura 8 Oclusão – lado direito.....	27
Figura 9 Oclusão – lado esquerdo .....	27

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACR	American College of Rheumatology
AECG	American-European Consensus Criteria
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CoEPs	Comitê de Ética em pesquisa em Seres Humanos
CD	Cirurgião-dentista
et al.	E colaboradores
EULAR	European League Against Rheumatism
IADT	International Association for Dental Traumatology
LILACS	Literatura Latino - Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LSS	Lauril sulfato de sódio
MEDLINE	Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
SciELO	Scientific Electronic Library Online

## LISTA DE APÊNDICES

<b>Apêndice A Exame Histopatológico .....</b>	<b>37</b>
---	-----------

## LISTA DE ANEXOS

<b>ANEXO A</b> Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética.....	38
--	----

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 Saliva e suas funções .....</b>	<b>15</b>
<b>2.2 Síndrome de Sjögren .....</b>	<b>16</b>
<b>2.2.1 Sinais e Sintomas.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2.2 Repercussão na Cavidade Oral.....</b>	<b>18</b>
<b>2.2.3 Diagnóstico e Tratamento .....</b>	<b>19</b>
<b>2.3 Cuidados Odontológicos no Paciente Síndrômico .....</b>	<b>21</b>
<b>3 RELATO DE CASO .....</b>	<b>24</b>
<b>4 DISCUSSÃO .....</b>	<b>29</b>
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>32</b>
<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>33</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>37</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>38</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A síndrome de Sjögren é uma desordem autoimune sistêmica, que afeta as glândulas exócrinas, salivares e lacrimais, além de outros agravos em um estágio mais avançado da doença. Estima-se que 3% a 4% da população adulta entre 18 a 75 anos seja afetada pela mesma (MACEDO; SHINJO, 2010).

Há um acometimento nove vezes maior em mulheres do que homens (NEDAI - SPMI, 2018) e é mais frequente entre a quarta e quinta décadas de vida, porém, pode ser identificado em qualquer idade ou gênero (MACEDO; SHINJO, 2010; CAVALCANTE et al., 2017).

A síndrome de Sjögren apresenta progressão lenta, diminuição do funcionamento das glândulas salivares e lacrimais, e conseqüentemente, da produção de lágrima e saliva. É uma doença sistêmica que atinge principalmente as articulações, sistema nervoso central, sistema nervoso periférico, pulmões e rins, em cerca de 50% dos pacientes (VALIM et al., 2015).

Um dos principais sintomas é a xerostomia (boca seca), presente em 90% dos casos, decorrente da falta de saliva, podendo levar a deteriorações dentárias (cárie dentária), dificuldade em falar, comer, no uso de prótese e alteração no paladar, além de alguns sintomas gastrointestinais como azia e refluxo, que também influenciam no meio bucal (FELBERG; DANTAS, 2006).

A saliva possui várias funções importantes no meio bucal, uma delas é o sistema tampão que oferece uma forte resistência contra a cárie, porém, com a redução do fluxo salivar, podem ocorrer infecções da mucosa oral e periodontite. Qualquer alteração nos níveis de pH é prontamente neutralizada pelos sistemas de tamponamento salivar (EPSTEIN; SCULLY, 1992).

A xeroftalmia é outro sintoma frequente, que pode variar de paciente para paciente, se apresentando como irritação ocular, queimação, sensação de corpo estranho, fotofobia, turvação visual e “choro sem lágrimas”. Os sintomas costumam ter uma piora significativa em ambientes secos (poeira, ar condicionado, vento), durante a leitura e uso do computador (FELBERG; DANTAS, 2006).

O objetivo desse estudo foi abordar as características da síndrome de Sjögren, bem como, enfatizar os cuidados odontológicos e orientações aos pacientes para aliviar os sinais e sintomas na cavidade oral, com apresentação de caso clínico.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Saliva e suas funções**

A saliva desempenha papel fundamental na regulação da saúde bucal, sendo constituída por 1% de matéria inorgânica (cálcio, fosfato, bicarbonato, flúor e outros íons, como: tiocianato, sódio, potássio, chumbo, cádmio e cobre) e orgânica (mucinas, aglutininas, amilase, lipase, lisozima, lactoferrina, estaterina, proteínas ricas em prolina, histatinas, cistatinas, sistema peroxidase e imunoglobulinas) (HENZ; HASHIZUME; ARTHUR, 2021) e 99% de água (LLENA-PUY, 2006). O sistema nervoso autônomo é responsável pelo controle da saliva, seu volume e intensidade, que dependem do tipo de estimulação. Observa-se que a menor produção ocorre durante o sono e a maior produção antes e depois das refeições (ACEVEDO, 2010).

A saliva é produzida pelas glândulas salivares, sendo que 93% do volume é secretado pelas glândulas salivares maiores (parótidas, submandibulares e sublinguais) e 7% pelas glândulas salivares menores (distribuídas pelo lábio, palato duro, língua, mucosa labial e mucosa jugal) (LLENA-PUY, 2006; VIANA, 2020).

A proteção desempenhada pela saliva, na proteção dos dentes pode ser descrita pela: capacidade tampão, diluição e eliminação de açúcares e substâncias, participação no processo desmineralização/remineralização, ação antimicrobiana (LLENA-PUY, 2006; FALCÃO et al., 2013; PEDERSEN et al., 2018) e imunológica (MIZOBE- ONO; ARAUJO; DOS-SANTOS, 2006).

Outras funções importantes que a saliva desempenha são: reparação tecidual (BRAND; VEERMAM, 2013), auxilia na digestão, gustação e deglutição (PEDERSEN et al.,2018).

Além disso, a saliva tem sido útil em meios diagnósticos para identificar doença sistêmicas, acompanhar o estado geral de saúde e como indicador de risco para possíveis doenças (MIRANDA; CAMPOS; CORTELLI, 2019), criando uma linha direta entre saúde bucal e sistêmica (ALMEIDA et al.,2008).

## **2.2 Síndrome de Sjögren**

A síndrome de Sjögren é uma doença com envolvimento multissistêmico autoimunitária (NEDAI - SPMI, 2018; CAJAMARCA et al., 2020; JOUSSE-JOULIN; COIFFER, 2020), inflamatória crônica (TEIXEIRA; UNZO; ALVES, 2014; SANTOS et al., 2013), caracterizada por um infiltrado linfocitário que acomete o epitélio das glândulas exócrinas (MORAES et al., 2010), sendo as glândulas lacrimais e salivares as mais afetadas (destruídas) de forma progressiva (CORNEC; JAMIN; PERS, 2014), manifestando a xerofthalmia e xerostomia, como principais sinais (MACEDO; SHINJO, 2010; JONSSON et al., 2018; CHAWLA et al., 2020; FRANÇOIS; MARIETTE, 2020).

A causa da síndrome de Sjögren primária ainda não está completamente definida, entretanto, a sua etiopatogenia está associada aos fatores genéticos, imunológicos e ambientais (MACEDO; SHINJO, 2010; TEIXEIRA; UNZO; ALVES, 2017; DOARE et al., 2020), dentre eles as alterações hormonais (ARAÚJO; SILVA; SOUZA, 2021). Quando associada a qualquer outra desordem auto-imune como artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico, esclerose sistêmica, cirrose biliar primária, polimiosite, tireoidite e outras doenças, ela recebe a denominação de síndrome de Sjögren secundária (FOX, 2005; BRITO-ZERÓN et al., 2016; NEDAI - SPMI, 2018; DOARE et al., 2020).

Alguns estudos mostram que os vírus Epstein-Barr, hepatite C, HTLV-1 e outras retrovíroses podem ser considerados agentes desencadeadores da síndrome (DALALEU et al., 2008; RAMOS-CASALS; MUÑOZ; ZÉRON, 2008; MACEDO; SHINJO, 2010; CAVALCANTE et al., 2017).

A síndrome também pode causar disfunções em outras partes do corpo, como por exemplo músculos, nervos, articulações (artralgias, rigidez matinal (dificuldade em abrir as mãos), inflamação das articulações que afeta predominantemente os punhos, articulações dos dedos, joelhos e tornozelos), tireóide, pulmões, pâncreas, rins, fígado, estômago e cérebro, provocando sinais e sintomas de diversos tipos nos órgãos envolvidos (NEDAI - SPMI, 2018).

### **2.2.1 Sinais e Sintomas**

Os sintomas padrões podem ser classificados como “síndrome sicca”. Inicialmente acontece a secura da boca e dos olhos por consequência da diminuição da produção de saliva e lágrima pelas glândulas (NEDAI - SPMI, 2018).

Inicialmente o paciente percebe uma secura na boca e nos olhos de forma diária ou durante a noite. Com a progressão da xerostomia (boca seca), os pacientes bebem água com maior frequência; ocorrem traumatismos na mucosa e lesões orais; dor na boca ou sensação de queimação; mal hálito; dificuldade em falar; desenvolvimento de rouquidão; dificuldade no uso de próteses totais; glândulas salivares doloridas; língua colando no céu da boca; sensibilidade ao ingerir alimentos picantes; gosto desagradável na boca e perda de sabor nos alimentos (disgeusia); alimentos secos podem ser difíceis de mastigar, engolir e podem colar na gengiva e mucosa (CARTEE et al., 2015). A falta de saliva pode trazer consequências para a cavidade oral e trato gastrointestinal (VIVINO et al., 2019).

Já com a progressão da xeroftalmia (olhos secos) (MACEDO; SHINJO, 2010), nota-se a presença de comichão, ardor, fotofobia (intolerância à luz) e sensação de areia ou corpo estranho (NEDAI - SPMI, 2018; GOMES; SANTO, 2019). Ao realizar o exame oftalmológico, percebe-se sinais como irregularidade corneana, hiperemia ocular, dilatação dos vasos conjuntivais e hipertrofia das glândulas lacrimais (MACEDO; SHINJO, 2010). Com o desenvolvimento da doença, observa-se dor intensa, danos à superfície ocular, blefarite (inflamação das pálpebras) e deficiência visual crônica, impactando nas atividades diárias do indivíduo, com diminuição da qualidade de vida (GOMES; SANTO, 2019).

Os outros sintomas da síndrome sicca são: falta de lubrificação das glândulas exócrinas espalhadas pelo corpo, como o ressecamento vaginal; xerodermia (alta sensibilidade a radiação ultravioleta); prurido crônico; epistaxe (sangramento nasal); xerotraqueia (tosse seca) (VAN NIMWEGEN et al., 2015).

Outra manifestação comum no paciente é a fadiga (HALDORSEN et al., 2011), entretanto, ela pode estar relacionada a outros fatores (VIVINO et al., 2019).

De forma sistêmica, outros sinais e sintomas podem ser identificados, como: manifestações musculoesqueléticas, pulmonares, cardíacas, hematológicas, do

aparelho digestivo, neurológicas (neuropatia de pares cranianos, mais frequentemente atingindo o trigêmeo e o nervo óptico, dando alterações visuais e posteriormente sinais mais graves) e psiquiátricas (alterações do humor, psicose, demência ou crises de pânico) (NEDAI - SPMI, 2018).

### **2.2.2 Repercussão na Cavidade Oral**

A hipossalivação pode causar diversas complicações na cavidade oral, como o aumento do risco de cárie, doença periodontal em idosos, uma vez que a alta viscosidade associado ao baixo fluxo salivar favorece a formação do cálculo dental. Além disso, existe um risco maior para as infecções fúngicas em boca e orofaringe, disfagia, disgeusia, halitose, sensação de ardência bucal, dificuldade de formação do bolo alimentar e instabilidade das próteses. E ainda, uma capacidade tampão reduzida, em geral, num ambiente ácido, pode levar a desmineralização do esmalte promovendo um rápido início da progressão das lesões cariosas rampantes (ARANHA, 2022).

As manifestações orais são altamente encontradas, uma vez que ocorre uma hipofunção das glândulas salivares causando uma diminuição na quantidade de saliva, sendo elas: erosão dentária, lesões cariosas, friabilidade da mucosa, lábios secos, rachados ou descamados, queilite angular, alterações na língua, mucosite, úlceras, candidíase oral, halitose e desconforto oral (CARTEE et al., 2015; AOUN; NASSEH et al., 2016).

A diminuição do pH e o baixo fluxo salivar aumentam o risco de sensibilidade dental e o aparecimento de lesões cariosas (DIAS, 2016), que podem ser encontradas em locais incomuns, como margem gengival, raiz, terço cervical e borda incisal dos dentes. As lesões radiculares podem contornar a raiz, levando a fratura do elemento (MAVRAGANI; MOUTSOPOULOS; MOUTSOPOULOS, 2006).

As infecções fúngicas como por exemplo a candidíase oral pode ocorrer pela perda de agentes antimicrobianos presente na saliva e assim levar a uma infecção oportunista (TANIDA et al., 2003), causando a sensação de queimação, eritema nas mucosas, queilite angular, atrofia das papilas filiformes, alterações no paladar e halitose (SCULLY, 2008).

A diminuição do fluxo salivar leva ao declínio da saúde bucal, comprometendo funções básicas, como a fala, mastigação e deglutição, impactando negativamente na qualidade de vida do paciente (ARANHA, 2022; FERNANDES, 2022).

### **2.2.3 Diagnóstico**

A capacidade de diagnosticar corretamente a síndrome de Sjögren é um desafio que pode influenciar a qualidade de vida dos pacientes. Portanto, é importante que esse diagnóstico seja realizado por uma equipe multiprofissional, com reumatologista, oftalmologista, cirurgião-dentista (CD), otorrinolaringologista e outras áreas (CARTEE et al., 2015).

Auxiliando no diagnóstico, o CD deve realizar uma anamnese minuciosa, abrangendo histórico da saúde geral e bucal, hábitos, dieta, ocupação, entre outros. No exame físico intra oral é importante o diagnóstico precoce das lesões não cariosas, para que medidas preventivas sejam tomadas (NIEMEYER; ARANHA, 2022).

Para o correto diagnóstico, é necessário entender os critérios de diagnóstico da síndrome. Atualmente utiliza-se os critérios modificados do American-European Consensus Criteria (AECG) e American College of Rheumatology (ACR) (MACHADO, 2017).

Os critérios do AECG são: I – sintomas oculares; II – sintomas orais; III – sinais de comprometimento ocular (realizando o teste de Schirmer I e Rosa Bengala); IV – histopatologia com biopsia da glândula salivar menor; V – envolvimento de glândula salivar (realizando sialometria, sialografia e cintigrafia salivar) e VI – presença de um ou mais anticorpos (anti-Ro/SSA ou anti-La/SSB) (MACEDO; SHINJO, 2010).

Em 2017, a ACR e a European League Against Rheumatism (EULAR) atualizaram a metodologia dos critérios de diagnóstico. Assim, os pacientes com síndrome de Sjögren primária podem ser diagnosticados precocemente com bases nos seguintes critérios: I – qualquer indivíduo que atenda aos critérios de inclusão (pelo menos um sintoma de secura ocular ou oral detectado pelas perguntas propostas). II – Não tenha nenhuma das condições listadas como critérios de exclusão (infecção por hepatite C ativa; história de radioterapia na cabeça e pescoço;

sarcoidose; síndrome da imunodeficiência humana; amiloidose; doença relacionada ao IgG4 e doença enxerto versus hospedeiro). III – tenha escore  $\geq 4$  nos seguintes exames: histopatologia da glândula (valor 3), anticorpos positivos (valor 3), coloração ocular (valor 1), teste de Schirmer (valor 1) e avaliação do fluxo salivar total (valor 1) (SHIBOSKI et al., 2017).

O diagnóstico diferencial da síndrome de Sjögren primária compreende: uso de medicações como diuréticos, antidepressivos, medicações anticolinérgicas; radioterapia em região cervical; sarcoidose; lipoproteinemias; linfoma; doença enxerto versus hospedeiro; infecções virais (hepatite C, HIV e HTLV I, amiloidose e outras) (MACEDO; SHINJO, 2010; CAVALCANTE et al., 2017) (Figura 1).

<b>Medicine group</b>	<b>Examples</b>
Anorectic	Fenfluramine
Anxiolytics	Lorazepam, diazepam
Anticonvulsants	Gabapentin
Antidepressants - Tricyclic	Amitriptyline, imipramine
Antidepressants - SSRI	Sertraline, fluoxetine
Antiemetics	Meclizine
Antihistaminics	Loratadine
Antiparkinsonian	Biperidene, selegiline
Antipsychotics	Clozapine, chlorpromazine
Bronchodilators	Ipratropium, albuterol
Decongestants	Pseudoephedrine
Diuretics	Spironolactone, furosemide
Muscle relaxants	Baclofen
Narcotic analgesics	Meperidine, morphine
Sedatives	Flurazepam
Antihypertensive	Prazosin hydrochloride
Antiarthritic	Piroxicam

Figura 1: Medicamentos e drogas com efeitos colaterais na secreção salivar.

### 2.3 Cuidados Odontológicos e Orientações aos Pacientes

O diagnóstico é feito pela equipe médica, que pode controlar sistemicamente a partir de fármacos a sintomatologia do paciente (BOWMAN, 2009).

A conduta clínica voltada para o CD é uma tarefa desafiadora, uma vez que há várias áreas da cavidade oral acometidas pela falta ou má qualidade da saliva (GONZÁLEZ et al., 2013).

É de grande importância que o paciente esteja ciente desses acometimentos orais que podem ocorrer, por isso é necessário um acompanhamento rigoroso e periódico com profissional (GONZÁLEZ et al., 2013).

O CD deve conscientizar o paciente sobre o uso de medicamentos que podem reduzir ainda mais o fluxo salivar (KASSAN; MOUTSOPOULOS, 2004).

As orientações e prescrições preventiva/terapêutica aos pacientes adultos devem ser realizadas de forma consciente e individualizada, para tratar os sinais e sintomas na cavidade oral, compreendendo:

#### A) Dieta:

- Ingestão de líquidos com frequência (água) e durante a alimentação (GONZÁLES et al, 2013; CARTEE et al., 2015).
- Controlar o consumo de alimentos pegajosos e/ou secos (GONZÁLES et al, 2013; CARTEE et al., 2015) e de carboidratos fermentáveis, principalmente a sacarose (torna o biofilme mais cariogênico) (OLIVEIRA, 2022).
- Evitar alimentos ácidos, picantes, cafeína, bebidas e comidas que contenham álcool e produtos derivados ou que contenham tabaco (CARTEE et al., 2015).

#### B) Saliva:

- Recomendar estimulação de produção de saliva com pastilhas e gomas de mascar, sem açúcar (CARTEE et al., 2015), que favorecem a eliminação do açúcar, neutralizam os ácidos produzidos, redução dos compostos voláteis responsáveis pelo

mau hálito, por até três horas, além de reparar a estrutura dental desmineralizada (OLIVEIRA; ROSING; CURY, 2022).

-Uso de saliva artificial e géis, promovendo de forma temporária hidratação da mucosa. Disponíveis no comércio do Brasil: KinHidrat® (Pharma-Kin), Xerolacer® (Lacer) e Bioxtra Boca Seca® (Bioxtra) (ARANHA, 2022; OLIVEIRA; ROSING; CURY, 2022).

### C) Higienização oral:

- Orientar o paciente a realizar higiene oral, após as refeições e realizar boa rotina de higienização a noite, antes de dormir, por preceder um período de ressecamento bucal e por permitir aumento dos reservatórios de fluoreto, além de promover remineralização das perdas ocorridas ao longo do dia (OLIVEIRA, 2022).

- Enxaguar a boca com água após ingestão de alimentos ácidos e antes da escovação, para aumentar a neutralização dos ácidos (NIEMEYER; ARANHA, 2022).

- Utilização do fio dental antes da escovação, favorece a remoção dos depósitos e a retenção de fluoreto no biofilme interdental residual (MAZHARI et al., 2018; OLIVEIRA, 2022).

- Prescrição para as escovações durante o dia, creme dental cuja composição seja sem o detergente lauril sulfato de sódio (LSS), apresente baixa abrasividade, com concentração de fluoreto total entre 1000 e 1500ppm, por exemplo, Sensodyne Repair&Protect® (LOPES, 2022).

- O tempo de escovação deverá ser em torno de 2 minutos, não apenas para a remoção do biofilme, mas para aumentar a retenção do fluoreto nos reservatórios bucais. A quantidade de pasta para o adulto deverá ser de aproximadamente 1cm ou 1g (OLIVEIRA, 2022).

- Sugere-se cuspir o excesso de creme dental sem enxaguar ou adicionar um pouco de água ao final da escovação, fazer movimento de bochecho misturando com o resíduo da pasta e cuspir (OLIVEIRA, 2022).

- Prescrição de dentifrício com alta concentração de fluoreto, com 5000 ppm de flúor, (Gel Dental Orthogard®), que são indicados para pacientes com alto risco de lesões cáries. Devem ser utilizados apenas uma vez ao dia, de preferência, no período da noite. Recomenda-se expelir o produto após a escovação, sem enxaguar a boca (FERNANDES, 2022; OLIVEIRA; ROSING; CURY, 2022).

- Desinfecção de próteses ou dentaduras com substâncias como clorexidina a 0,12% ou hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos. Evitar o uso da prótese no período do sono noturno (CARTEE et al., 2015).

#### D) Atendimento odontológico:

- Identificar os locais que ocorrem acúmulo de biofilme e removê-los, como por exemplo restaurações mal adaptadas (GONZÁLES et al., 2013)

- Aplicação de verniz fluoretado ou flúor gel (fluoreto de sódio a 5%) a cada 3 meses (GONZÁLES et al., 2013).

- Estimular as glândulas a secretar saliva utilizando laser de baixa potência, com comprimento de onda infravermelho, diretamente sobre as glândulas maiores acometidas, com aplicações com intervalos de 3-4 dias (ARANHA, 2021).

- Fazer o acompanhamento do paciente por no mínimo a cada 3-4 meses e realizar radiografias interproximais uma vez ao ano para o diagnóstico de cárie precocemente (CARTEE et al., 2015).

Portanto, os cirurgiões dentistas são capazes de reconhecer os sintomas da síndrome, promovendo assim um possível diagnóstico precoce com uma equipe multidisciplinar e melhorando a qualidade de vida dos pacientes (CAVALCANTE et al., 2017).

### 3 RELATO DE CASO

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Volta Redonda (CoEPs) - UniFOA, com número CAAE 55582122.3.0000.5237 e aprovado em 22/02/2022 (Anexo A).

Para construção do referencial teórico foram analisados trabalhos científicos, a partir de 2000, indexados nas bases de dados Google Acadêmico, LILACS, MEDLINE e SciELO, nos idiomas português, inglês e francês.

Paciente I.O.A.A. gênero feminino, leucoderma, 54 anos de idade, casada, profissão contadora, buscou tratamento odontológico na Clínica Integrada do Curso de Odontologia do UniFOA, em maio de 2021, com a queixa principal " Minha saliva diminuiu na menopausa e depois disso meus dentes começaram a desmineralizar".

Iniciando o exame clínico foi realizada a anamnese, sendo colhidas as seguintes informações: alergia a aspirina; não fazia uso regular de medicamentos; ausência de doenças sistêmicas; história de câncer na família (pais); sem hábitos deletérios; histerectomia completa aos 43 anos de idade.

No exame físico extra-oral não foram identificadas anormalidades.

No exame físico intra-oral observou-se inúmeros dentes com lesão cariosa no terço cervical, nas faces vestibular (principalmente) e proximal; inúmeros dentes com restauração em resina composta, amálgama e restauração metálica; elemento com cimento provisório (33); elemento fraturado (46). Ausência de sensibilidade dentária. Foi observado secura bucal elevada. A paciente apresentava má oclusão com relação dentária de Classe I do lado esquerdo e Classe II do lado direito; desvio de linha média superior para a esquerda e inferior para a direita; mordida cruzada posterior direita (16/45 e 46) (Figuras 1 a 5).



Figura 1: Oclusão - vista anterior.



Figura 2: Oclusão - lado direito.



Figura 3: Oclusão - lado esquerdo.



Figura 4: Oclusal superior



Figura 5: Oclusal inferior

Na avaliação radiográfica realizada na radiografia panorâmica foi observado presença de todos elementos permanentes, com exceção do elemento 48; restauração em todos elementos, com exceção do 23 e 28; tratamento endodôntico nos elementos 16, 33, 41, 42; imagem compatível com cárie reincidente nos

elementos 16, 21, 36, 32, 42, 45, 46; imagem compatível com cárie nos elementos 35 e 43 (Figura 6).



Figura 6: Radiografia panorâmica.

Diante das informações obtidas, observou-se a necessidade de aprimorar o exame clínico, com hipótese diagnóstica de síndrome de Sjögren primária.

Na anamnese, a paciente relatou que logo após a realização da histerectomia, iniciaram os sintomas da menopausa. Aproximadamente após 3 anos percebeu secura na boca ao conversar e incômodo ao se alimentar. Com o passar do tempo observou que seus dentes começaram a quebrar e desgastar. Após 5 anos do início dos sintomas da menopausa percebeu que a lágrima diminuiu e os olhos ardiam. Recebeu do oftalmologista prescrição de colírio lubrificante (Systane®) e recomendação para ingestão de linhaça dourada. Relatou ainda presença de ressecamento vaginal.

Para confirmação da hipótese diagnóstica foi realizada biópsia das glândulas salivares menores, da região do lábio inferior, cujo resultado foi sialodinite crônica focal (Apêndice A). Portanto, para a confirmação do diagnóstico de síndrome de Sjögren primária, a paciente foi encaminhada para avaliação com reumatologista.

O plano de tratamento odontológico foi definido com:

- Orientações com relação a alimentação: ingestão de água com frequência; evitar alimentos pegajosos, secos, carboidratos (particularmente a sacarose), ácidos, picantes, bebidas alcoólicas. Evitar o fumo.
- Orientações com relação a higienização oral: uso do fio dental antes da escovação; escovação por 2 minutos, utilizando os cremes dentais prescritos.
- Prescrição de cremes dentais: durante o dia, Sensodyne Repair & Protect® (sem lauril sulfato de sódio, com baixa abrasividade e fluoreto total entre 1000 e 1500 ppm); período da noite, Gel Dental Orthogard® (com 5000 ppm de flúor), uma vez ao dia, sem enxaguar a boca;
- Tratamento restaurador dos dentes com indicação;
- Protocolo de aplicação de Fluorniz ® (verniz fluoreto de sódio a 5%), em todos os elementos a cada 3 meses;

Após as orientações com relação a alimentação e para uma boa rotina de higienização oral, o tratamento dentário restaurador foi iniciado com preparos classe V nas vestibulares dos elementos superiores e inferiores e restauração em resina composta, para melhora da estética e auto estima da paciente (Figuras 7 a 9).



Figura 7: Oclusão - vista anterior.



Figura 8: Oclusão - lado direito.



Figura 9: Oclusão - lado esquerdo.

Foi solicitado exame periapical completo, para melhor avaliação das arcadas. Com o término do tratamento dentário restaurador da paciente será realizado acompanhamento clínico e radiográfico, de 4 em 4 meses. As orientações dadas à paciente são fundamentais para a integridade dos tecidos duros e moles, impactando de forma positiva na sua autoestima e saúde geral.

## 4 DISCUSSÃO

A síndrome de Sjögren é uma doença autoimune sistêmica que compromete principalmente as glândulas salivares e lacrimais (MACEDO; SHINJO, 2010; CORNEC; JAMIN; PERS, 2014; NEDAI - SPMI, 2018; CAJAMARCA et al., 2020; JOUSSE-JOULIN; COIFFER, 2020;)

Está associada aos fatores ambientais, genéticos e imunológicos (MACEDO; SHINJO, 2010; TEIXEIRA; UNZO; ALVES, 2017; DOARE et al., 2020). Estando associada a outras doenças autoimunes, passar a ter a denominação de síndrome de Sjögren secundária (FOX, 2005; BRITO-ZERÓN et al., 2016; NEDAI - SPMI, 2018; DOARE et al., 2020). Alguns agentes desencadeadores podem ser considerados, como por exemplo: Epstein-Barr, hepatite C e HTLV-1 (DALALEU et al., 2008; RAMOS-CASALS; MUÑOZ; ZÉRON, 2008; MACEDO; SHINJO, 2010; CAVALCANTE et al., 2017).

Os sintomas mais frequentes são xerostomia e xeroftalmia, ocorrendo devido a hipofunção dessas glândulas (NEDAI - SPMI, 2018). A diminuição do fluxo salivar gera a xerostomia, que conforme vai progredindo causa: ingestão de líquidos com maior frequência, traumatismos, dor e queimação oral, mal hálito, lesões orais, dificuldade na alimentação, dentre outros sinais e sintomas (CARTEE et al., 2015) e principalmente, pode levar a deterioração dentária (FELBERG; DANTAS, 2006).

É importante ressaltar que a saliva possui um papel muito importante no controle da saúde bucal, possuindo muitas propriedades em sua composição (LLENA-PUY, 2006; HENZ; HASHIZUME; ARTHUR, 2021). As glândulas salivares maiores, parótidas, submandibulares e sublinguais, são responsáveis pelo maior volume de produção salivar (LLENA-PUY, 2006; VIANA, 2020).

Dentre as proteções proporcionadas pela saliva estão a capacidade tampão, controle de açúcares e substâncias, processo des/re e ações antimicrobianas e imunológicas (LLENA-PUY, 2006; MIZOBE- ONO; ARAUJO; DOS-SANTOS, 2006; FALCÃO et al., 2013; PEDERSEN et al., 2018).

Com a hipofunção das glândulas salivares podem ser encontrados vários acometimentos na cavidade oral, como: lesões cariosas em locais incomuns (MAVRAGANI; MOUTSOPOULOS; MOUTSOPOULOS, 2006), erosão dentária, lábio secos e rachados, alterações na língua, mal hálito (CARTEE et al., 2015; AOUN; NASSEH et al., 2016), formação de biofilme maduro, infecções, redução na capacidade tampão e muitas outras manifestações já citadas anteriormente (ARANHA, 2022).

O diagnóstico da síndrome de Sjögren precisa ser realizado por uma equipe multiprofissional (CARTEE et al., 2015). Para um correto diagnóstico é necessário utilizar o critério de diagnóstico da ACR e da EULAR, que consiste na pontuação de três critérios que incluem sinais e sintomas até exames complementares (SHIBOSKI et al., 2017).

No caso clínico apresentado, a paciente não fazia uso de medicamentos, sem doenças sistêmicas, com alterações hormonais, apresentava xerostomia, xerofthalmia e uma degradação dentária generalizada, realizou exame histopatológico de glândulas salivares menores, levando ao diagnóstico de síndrome de Sjögren primária.

Os cuidados odontológicos e as orientações aos pacientes devem ser realizados de forma consciente e individualizada, compreendendo orientações sobre dieta: ingestão de líquidos, controle de alimentos ácidos e alguns tipos de alimentos, principalmente a sacarose (GONZÁLES et al, 2013; CARTEE et al., 2015; OLIVEIRA, 2022); sobre a saliva: estimulação de produção de saliva e hidratação da mucosa com uso de saliva artificial (CARTEE et al., 2015; ARANHA, 2022; OLIVEIRA; ROSING; CURY, 2022); sobre higienização oral: higiene oral regular, enxague da boca após ingestão de alimentos ácidos, utilização do fio dental antes da escovação, prescrições de creme dentais adequados, tempo de escovação e higiene de próteses (CARTEE et al., 2015; MAZHARI et al., 2018; LOPES, 2022; NIEMEYER; ARANHA, 2022; OLIVEIRA, 2022); sobre o atendimento profissional: remoção de áreas suscetíveis ao biofilme, aplicação de verniz, acompanhamento periódico do paciente (GONZÁLES et al., 2013; CARTEE et al., 2015) e uso do laser de baixa potência para estimular a secreção das glândulas (ARANHA, 2022).

A paciente do presente estudo recebeu orientações com relação ao controle alimentar e relacionadas à higienização oral adequada, utilizando os cremes dentais prescritos (Sensodyne Repair & Protect® e Gel Dental Orthogard®), recebendo tratamento com verniz fluoretado de sódio a 5% (Fluorniz ®) e tratamento dentário restaurador, portanto, foram implementados procedimentos preventivos e terapêuticos, que promoverão a qualidade de vida da paciente.

## **5 CONCLUSÃO**

Concluiu-se que os sinais e sintomas da síndrome de Sjögren podem ser identificados pelo cirurgião-dentista, pois a hipofunção das glândulas salivares leva a xerostomia, e portanto, a diminuição de saliva pode levar ao desenvolvimento de lesões cáries de forma generalizada, como no caso clínico apresentado. Portanto, orientações e prescrições preventivas e terapêuticas devem ser promovidas, principalmente, pelo controle alimentar, higienização bucal adequada e utilização de produtos fluoretados.

## 6 REFERÊNCIAS

ACEVEDO, A.C. Saliva and oral health. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Brasília, v. 56, n.1, p. 1-9, 18, mar. 2010.

ALMEIDA, P.D.V.; GRÉGIO, A.M.T.; MACHADO, M.A.N.; LIMA, A.A.S.; AZEVEDO, L.R. Saliva composition and functions: a comprehensive review. **J Contemp Dent Pract**, Paraná, v. 9, n.3, p. 2-11, mar. 2008.

ARANHA, A.C. **Lasers na prática clínica diária. Guia de informações baseadas em evidências científicas**. São Paulo: Santos Publicações, 2021.

ARANHA, A.C. Pacientes Sistemicamente Comprometidos. In: ARANHA, A.C.; MAIA, M.B.; LOPES, R.M. **Guia Clínico de Cremes Dentais**. São Paulo, Santos Publicações, 2022.

ARAÚJO, C.V; SILVA, N.M; SOUZA, P.G.V.D. Fisopatologia da Síndrome de Sjögren e sua dificuldade diagnóstica. **Research, Society and Development**, Pernambuco, v. 10, n. 7, p. 1-9, jun. 2021.

BOWMAN, S. J. Sjögren's syndrome. **Medicine**, v. 38, n. 2, p. 105-108, 2010.

BRAND, H.S.; LIGTENBERG, A.J.M.; VEERMAN, E.C.I. Saliva and wound healing. **Mongr Oral Sci**, Basel, v. 24, p. 52-60, jul. 2013.

BRITO-ZERÓN, P.; BALDINI, C.; BOOTSMAN, H.; BOWMAN, S.J.; JONSSON, R.; MARIETTE, X.; et al. Sjögren syndrome. **Nature Reviews Disease Primers**, Barcelona, v. 2, n. 16047, p. 1-20, jul. 2016.

CAJAMARCA, J.; GUAVITA, D.; BUITRAGO, J.; GALLEGO, L.; CUBIDES, H.; ARREDONDO, A.M.; et al. Síndrome de Sjögren y evaluación de la calidad de vida. **Rev. Colomb. Reumatol**, Bogotá, v. 27, n. 2, p. 140-151, dez. 2020.

CARTEE, D.L.; MAKER, S.; DALONGES, D.; MANSKI, M.C. Sjögren's Syndrome: Oral Manifestations and Treatment, a Dental Perspective. **J Dent Hyg**, Chicago, v. 89, n. 6, p. 365-371, 2015.

CAVALCANTE, W.S.; LOURENÇO, S.V.; FLOREZI, G.P.; BOLOGNA, S.B.; HSIEH, R.; VANINI, J.V. *et al.* Síndrome de Sjögren primária: aspectos relevantes para os dentistas. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent**, São Paulo, v. 70, n. 3, p. 1-11, jul. 2016.

CHAWLA, R.K.; CHAWLA, A.K.; CHAUDHARY, G.; CHAWLA, M.K.; SAREEN, M. Sjogren's syndrome – An interesting case. **Indian Journal of Tuberculosis**, New Delhi, v. 69, n. 1, p. 109-112, dez. 2020.

CORNEC, D.; JAMIN, C.; PERS, J. Sjögren's syndrome: where do we stand, and Where shall we go? **J Autoimmun**, London, v. 51, p. 109-114, jun. 2014.

DOARE, E.; CORNEC, D.; JOUSSE-JOULIN, S.; PERS, J. Síndrome de Sjögren primario. **EMC - Aparato Locomotor**, Brest, v. 53, n. 3, p. 1-20. 2020.

EPSTEIN, J.B.; SCULLY, C. The role of saliva in oral health and the causes and effects of xerostomia. **J Can Dent Assoc.**, Vancouver, v. 58, n. 3, p. 217-21, mar. 1992.

FALCÃO, D.P.; MOTA, L.M.H.; PIRES, A.L.; BEZERRA, A.C.B. Sialometria: aspectos de interesse clínico. **Rev. Bras. Reumatol.**, Brasília, v. 53, n. 6, p. 525-31. 2013.

FELBERG, S.; DANTAS, P.E.C. Diagnóstico e tratamento da síndrome de Sjögren. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 69, n. 6, p. 959-963, dez. 2006.

FERNANDES, M.R.U. Dentifrícios com Alta Concentração de Fluoretos. In: ARANHA, A.C.; MAIA, M.B.; LOPES, R.M. **Guia Clínico de Cremes Dentais**. São Paulo, Santos Publicações, 2022.

FOX, R. I. Sjögren's syndrome. **The Lancet**, Califórnia, v. 366, n. 9482, p. 321-331, jul. 2005.

FRANÇOIS, H.; MARIETTE, X. Atteinte rénale au cours du syndrome de Sjögren. **Néphrologie & Thérapeutique**, France, v. 16, n. 7, p.440-452, dez. 2020.

GONZÁLEZ, S.; SUNG, H.; SEPÚLVEDA, D.; GONZÁLEZ, M.; MOLINA, C. Oral manifestations and their treatment in Sjögren's syndrome **Oral Dis.**, Santiago, v. 20, n. 2, p. 153-161, 2013.

HALDORSEN, K.; BJELLAND, I.; BOLSTAD, A.I.; JONSSON, R.; BRUN, J.B. A five-year prospective study of fatigue in primary Sjögren's syndrome. **Arthritis Res Ther**, London, v. 13, n. 5, p. 1-8, 2011.

HARA, A.T; ZERO, D.T. The potential of saliva in protecting against dental erosion. **Monogr Oral Sci.**, Karger, v. 25, n. XX, p. 197-205, 2014.

HENZ, S.L.; HASHIZUME, L.M.; ARTHUR, R.A. **Tópicos em Bioquímica e Microbiologia Bucais**. 2 ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2021.

JONSSON, R.; BROKSTAD, K.A.; JONSSON, M.V.; DELALEU, N.; SKARSTEIN, K. Current concepts on Sjögren's syndrome – classification criteria and biomarkers. **European Journal of Oral Sciences**, Singapore, v. 126, n. 51, p. 37-48, set. 2018.

JOUSSE-JOULIN, S.; COIFFIER, G. Current status of imaging of Sjogren's syndrome. **Best Pract Res Clin Rheumatol.**, Amsterdam, v. 34, n. 6, p. 1-20, dez. 2020.

KASSAN, S.S.; MOUTSOPOULOS, H.M. Clinical manifestations and early diagnosis of Sjögrens syndrome. **Arch Intern Med**, Chicago, v. 164, n. 12, p. 1275-1284, 2004.

LLENA-PUY, C. The rôle of saliva in maintaining oral health and as an aid to diagnosis. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. Valencia, v. 11, n.5, p. 449-55, 2006.

LOPES, R.M. Biocompatibilidade dos dentifrícios. In: ARANHA, A.C.; MAIA, M.B.; LOPES, R.M. **Guia Clínico de Cremes Dentais**. São Paulo, Santos Publicações, 2022.

LUSSI, A.; SCHAFFNER, M.; JAEGGI, T. Dental erosion – diagnosis and prevention in children and adults. **International Dental Journal**, Switzerland, v. 57, n. 6, p. 385-398, 2007.

MACEDO, P.A.; SHINJO, S.K. **Síndrome De Sjögren**. Medicina net. 2010. Disponível em: [http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/3685/sindrome\\_de\\_sjogren.htm](http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/3685/sindrome_de_sjogren.htm) Acesso em: 15 set. 2019.

MACHADO, S.I.B. **Síndrome de sjögren a importância da biópsia de glândulas salivares Minor**. 2017. 34p. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Ciências da Saúde, Universidade Da Beira Interior, Covilhã, 2017.

MAVRAGANI, C.P.; MOUTSOPOULOS, N.M.; MOUTSOPOULOS, H.M. The management of Sjögren's syndrome. **Nat Clin Pract Rheumatol**, New York, v. 2, n. 5, p. 252-261, 2006.

MAZHARI, F.; BOSKABADY, M.; MOEINTAGHAVI, A.; HABIBI, A. The Effect of Tooth Brushing and Flossing Sequence on Interdental Plaque Reduction and Fluoride Retention: A Randomized Controlled Clinical Trial. **J Periodontol.**, Chicago, v.89, n.7, p.824-32, 2018.

MIRANDA, T.B.; CAMPOS, I.S.; CORTELLI, J.R. A saliva e seus produtos - sua importância na periodontia: revisão de literatura. **Braz. J Periodontol**, Taubaté, v. 29, n.2, p 60-64. jun. 2019.

MIZOBE-ONO, L.; ARAÚJO, J.L.P.; DOS-SANTOS, M.C. Componentes das imunidades inata e adaptativa presentes na saliva humana. **Revista de Odontologia da UNESP**. São Paulo, v. 35, n. 4, p.253-261. 2006.

NEDAI – SPMI – Núcleo de Estudos de Doenças Auto-imunes da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Síndrome de Sjögren: Informações médicas para doentes e familiares. **Núcleo de Estudos de Doenças Auto-imunes da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna**. Lisboa, dez. 2018.

NIEMEYER, S.H.; ARANHA, A.C. Dentifrícios Antierosivos. In: ARANHA, A.C.; MAIA, M.B.; LOPES, R.M. **Guia Clínico de Cremes Dentais**. São Paulo, Santos Publicações, 2022.

OLIVEIRA, M.L.M. Dentifrícios Anticárie. In: ARANHA, A.C.; MAIA, M.B.; LOPES, R.M. **Guia Clínico de Cremes Dentais**. São Paulo, Santos Publicações, 2022.

OLIVEIRA, M.L.M.; ROSING, C.K.; CURY, J.A. **Manual com Perguntas e Respostas. Prescrição de Produtos de Higiene Oral e Aplicação Profissional de Fluoretos**. Belo Horizonte: Editora da Autora, 2022, 241p.

PEDERSEN, A.M.L.; SORENSEN, C.E.; PROCTOR, G.B.; CARPENTER, G.H.; EKSTRÖM, J. Salivary secretion in health and disease. **J Oral Rehabil.** Copenhagen, v. 45, n.9, p 730-746, jun. 2018.

RAMOS-CASALS, M.; MUNÓZ, S.; ZÉRON, P.B. Hepatitis C virus and Sjögren's syndrome: trigger or mimic? **Rheum Dis Clin North Am**, Philadelphia, v. 34, n. 4, p. 869-884, 2008.

SANTOS, L.A.M.; BARBALHA, J.C.M.; BORTOLI, M.M.; AMARAL, M.X.; VASCONCELOS, B.C.E. Síndrome de Sjögren Primária- relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. buco-maxilo-fac**, v.13, n.2, p. 63-68, 2013.

SCULLY, C. **Oral and Maxillo Facial Medicine: The basic of diagnosis and Treatment.** 3 ed. London: Editora Elsevier, 2008.

SHIBOSKI, C.H.; SHIBOSKI, S.C.; SEROR, R.; CRISWELL, L.A.; LABETOULLE, M.; LIETMAN, T.M. *et al.* 2016 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Classification Criteria for Primary Sjögren's Syndrome: A Consensus and Data-Driven Methodology Involving Three International Patient Cohorts. **Arthritis&Rheumatol**, Califórnia, v. 69, n. 1, p. 35-45, 2016.

TANIDA, T.; OKAMOTO, T.; OKAMOTO, A.; WANG, H.; HAMADA, T.; UETA, E. *et al.* Decreased excretion of antimicrobial proteins and peptides in saliva of patients with oral candidiasis. **J of Oral Pathol& Med**, Nokaku-city, v. 32, n. 10, p. 586-594, 2003.

TEXEIRA, D.A.; UZUN, P.F.; ALVES, J.F.; Síndrome De Sjögren: revisão de literatura. **Revista do CRO MG**. Belo Horizonte, v. 15, n. 2, p. 21-27, 2017.

VALIM, V.; TREVESANI, V.F.M.; PASOTO, S.G.; SERRANO, E.V.; RIBEIRO, S.L.E.; FIDELIX, T.S.A.; *et al.* Recomendações para o tratamento da síndrome de Sjögren. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 55, n. 5, p. 446-457, 2015.


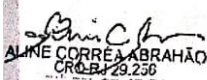


VAN NIMWEGEN, J.F.; ARENDS, S.; ZUIDEN, G.S.; VISSINK, A.; KROESE, F.G.M.; BOOTSMAN, H. The impact of primary Sjögren's syndrome on female sexual function. **British Society for Rheumatology**, Groningen, v. 54, n. 7, p. 1286-1293, 2015.

VIANNA, D. Atendimento odontológico para o paciente portador da Síndrome de Sjögren. **Jornal da Associação Brasileira de Odontologia**. São Paulo, n. 175, p.12-13, jan. 2021.

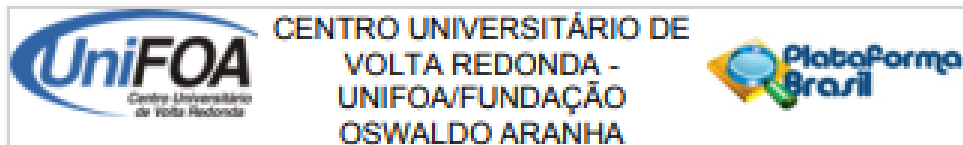
VITALI, C.; BOMBARDIERI, S.; JONSSON, R.; MOUTSOPOULOS, H.; ALEXANDER, E.; CARSONS, S.; *et al.* Classification criteria for Sjögren's syndrome: a revised version of the European criteria proposed by the American-European Consensus Group. **Ann Rheum Dis**. Piombino, v. 61, n. 6, p. 554-558, jun. 2002.

VIVINO, F.B.; BUNYA, V.Y.; MASSARO-GIORDANO, G.; JOHR, C.R.; GIATTINO, S.L.; SCHORPION, A.; *et al.* Sjögren's syndrome: An update on disease pathogenesis, clinical manifestations and treatment. **Clin Immunol**, Orlando, v. 203, p. 81-121, 2019.

## Apêndice A: Exame Histopatológico

		UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - FACULDADE DE ODONTOLOGIA DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA E DIAGNÓSTICO ORAL	
<b>LABORATÓRIO DE PATOLOGIA ORAL FO/UFRJ</b>			
<b>NOME:</b> Ivana Oliveira Andrade Alvarenga		<b>REGISTRO:</b> 21-1607AP	
<b>IDADE:</b> 54		<b>PROCEDÊNCIA:</b> UNIFOA	
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE:</b> Dra. Maira Tavares de Faria		<b>REG. ORIGEM:</b> CRO-RJ 39734	
<b>EXAME REALIZADO:</b> Anatomia Patológica		<b>LOCAL:</b> Lábio inferior	
<b>ENTRADA:</b> 31/08/2021		<b>SAÍDA:</b> 08/09/2021 12:45:00	
<b>Macroscopia</b>	Sete fragmentos de tecido mole, recebidos em formol, de formato arredondado, superfície irregular, consistência fibroelástica, coloração acastanhada e esbranquiçada, medindo 9 x 6 x 2 mm em conjunto.		
<b>Microscopia</b>	Cinco lobos de glândula salivar menor exibindo sialoadenite crônica focal com 2 focos linfocíticos por 4 mm <sup>2</sup> . Observa-se também lipossustituição e destruição acinar.		
<b>Conclusão</b>	SIALOADENITE CRÔNICA FOCAL		
<p>* Recebido em: 16/09/2021          * JSA</p>			
 ALINE CORREIA ABRAHÃO CRO RJ 29.230		 MARIO JOSE ROMANACH CRO RJ 32.575	
		 BRUNO BENEVENUTO CRO RJ 41776	

## Anexo A: Parecer Consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CUIDADOS ODONTOLÓGICOS EM PACIENTES COM SÍNDROME DE SJÖGREN: RELATO DE CASO

**Pesquisador:** Roberta Mansur Caetano

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 55582122.3.0000.5237

**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.257.589

#### Apresentação do Projeto:

O trabalho será relato de um caso clínico de paciente do gênero feminino, com 54 anos de idade, com diagnóstico de sinais e sintomas compatíveis com síndrome de Sjogren, em tratamento odontológico na Clínica Integrada do Curso de Odontologia do UniFOA.

#### Objetivo da Pesquisa:

Abordar as alterações na cavidade oral e os cuidados odontológicos dos pacientes com a síndrome de Sjögren.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**Riscos:** possibilidade de insucesso no tratamento Odontológico convencional, visto que este está condicionado à resposta do organismo e dos cuidados pessoais do paciente.

**Benefícios:** Identificar os cuidados odontológicos que podem ser instruídos ao paciente, melhorando sua qualidade de vida.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

vide conclusão.

**Endereço:** Avenida Paulo Eriel Alves Abrantes, nº 1325  
**Bairro:** Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-500  
**UF:** RJ **Município:** VOLTA REDONDA  
**Telefone:** (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** cep@foa.org.br



Continuação do Parecer: 5.257.589

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram entregues adequadamente.

**Recomendações:**

Acrescentar o riscos dos dados do paciente que o pesquisador se responsabiliza em mantê-lo sob sigilo.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendência.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1880888.pdf	06/01/2022 17:50:53		Aceito
Outros	TermoAnuencia.pdf	06/01/2022 17:50:25	Roberta Mansur Caetano	Aceito
Outros	Usolmagem.pdf	06/01/2022 17:46:03	Roberta Mansur Caetano	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/01/2022 17:45:48	Roberta Mansur Caetano	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projotodepesquisa.pdf	04/01/2022 08:56:33	Roberta Mansur Caetano	Aceito
Folha de Rosto	fohaderostoassinada.pdf	04/01/2022 08:56:18	Roberta Mansur Caetano	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Avenida Paulo Enei Alves Abrantes, nº 1325  
 Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços CEP: 27.240-560  
 UF: RJ Município: VOLTA REDONDA  
 Telefone: (24)3340-8400 Fax: (24)3340-8404 E-mail: cep@foa.org.br



Continuação do Parecer: 5.257.589

VOLTA REDONDA, 22 de Fevereiro de 2022

---

**Assinado por:**  
**Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Avenida Paulo Ezequiel Alves Abrantes, nº 1325  
**Bairro:** Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços      **CEP:** 27.240-580  
**UF:** RJ      **Município:** VOLTA REDONDA  
**Telefone:** (24)3340-8400      **Fax:** (24)3340-8404      **E-mail:** cep@foa.org.br