

XEROSTOMIA EM PACIENTES PORTADORES DA SÍNDROME DE SJÖGREN

XEROSTOMY IN PATIENTS WITH SJÖGREN'S SYNDROME

Ana Laura Valadão¹

Luciana Barros²

Fábia Cunha³

Carla Pantaleão Prestes⁴

Ana Carolina Valadão Oliveira⁵

Resumo: A Síndrome de Sjögren (SS) é uma doença autoimune crônica, onde células de defesa atacam glândulas exócrinas - responsáveis pela produção de saliva e lágrima, causando xerostomia e xerofthalmia em seus portadores. A xerostomia causa dificuldade de deglutição e o uso de próteses totais, sensação de queimação na boca, fissuras na língua, aumento da cárie dentária, doenças periodontais, cândida, dentre outras complicações orais. A SS pode causar também secura da pele, mucosas e órgãos vitais. Sua etiologia permanece desconhecida, mas sabe-se que ela pode atingir todos os gêneros e faixa etária, embora acometa mais mulheres de meia-idade. Seu diagnóstico é difícil e o tratamento é sintomático, objetivando aliviar os sintomas associados à xerostomia, com medicamentos a base de pilocarpina, uma vez que não há cura. O Cirurgião-dentista é fundamental para diagnóstico e tratamento local da xerostomia, devendo orientar e auxiliar o paciente na manutenção da sua saúde oral.

1 Cirurgiã Dentista, Professora do curso de Odontologia – UNIVAR

2 Cirurgiã Dentista graduada no curso de Odontologia - UNIC – FACISA-Tangará Sul

3 Cirurgiã-Dentista, Professora do curso de Odontologia - UNIC – FACISA-Tangará Sul, Mestre em Radiologia e Imaginologia Dento-Maxilo-Facial pelo Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic-Campinas-SP

4 Cirurgiã Dentista graduada no curso de Odontologia – UNIVAR; Barra do Garças – MT

5 Acadêmica do curso de Medicina – UNIFRAN, Franca – SP

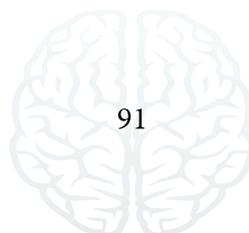
Palavras-chave: Síndrome de Sjögren, xerostomia, glândulas salivares

Abstract: Sjögren's Syndrome (SS) is a chronic autoimmune disease, where defense cells attack exocrine glands - responsible for the production of saliva and tears, causing xerostomia and xerophthalmia in its carriers. Xerostomia causes difficulty in swallowing and the use of dentures, a burning sensation in the mouth, fissures in the tongue, increased tooth decay, periodontal diseases, candida, among other oral complications. SS can also cause dryness of the skin, mucous membranes and vital organs. Its etiology remains unknown, but it is known that it can affect all genders and age groups, although it affects more middle-aged women. Its diagnosis is difficult and treatment is symptomatic, aiming to alleviate the symptoms associated with xerostomia, with pilocarpine-based medications, since there is no cure. The dentist is essential for the diagnosis and local treatment of xerostomia, and should guide and assist the patient in maintaining their oral health.

Keywords: Sjögren's syndrome, xerostomia, salivary gland.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Sjögren (SS) é uma desordem auto-imune crônica que pode ser restrita ou associar-se a uma doença vascular sistêmica do colágeno, onde ocorre uma inflamação contínua que envolve principalmente as glândulas salivares e lacrimais, resultando em xerostomia (boca seca) e xeroftalmia (secura ocular). Duas formas da doença são reconhecidas: Síndrome de Sjögren primária (somente síndrome sicca; nenhuma outra desordem auto-imune está presente). E a Síndrome de Sjögren secundária (síndrome sicca associada à outra desordem autoimune) (RUBIN, GORSTEIN, et al., 2006; NEVILLE, DAMM, et al., 2009).



Esta doença acomete principalmente o sexo feminino, com uma prevalência de 9 mulheres para um homem e idade de estabelecimento dos sintomas em torno dos 40 a 45 anos, é rara em criança. Sua prevalência real é difícil de ser estabelecida devido à dificuldade de diagnóstico, mas estima-se que seja de 1 a 3% da população (LIQUIDATO, BUSSOLOTI, et al., 2002).

O principal sintoma oral da Síndrome de Sjögren é ressecamento (xerostomia). Os pacientes queixam-se de dificuldades na deglutição de alimentos secos, incapacidade de falar continuamente, sensação de queimação, aumento das cáries dentárias e problemas no uso de dentaduras completas. O exame físico revela uma mucosa oral seca, eritematosa e viscosa. Ocorre atrofia das papilas filiformes no dorso da língua. Outro sintoma aparente é a presença de inchaço persistente ou recorrente das glândulas salivares por mais de três meses (KORN, PUPO, et al., 2002; KASPER, BRAUNWALD, et al., 2006).

As principais glândulas da salivação são as glândulas parótidas, submandibulares e sublinguais. A saliva contém dois tipos principais de secreção protéica: uma secreção serosa, contendo ptialina, enzima para digestão de amidos, e a secreção mucosa, contendo mucina para a lubrificação e a proteção das superfícies (GUYTON, HALL, 2002).

A saliva exerce um papel essencial na manutenção da saúde oral. Alterações na função salivar levam ao comprometimento dos tecidos orais e funções, e tem um grande impacto na qualidade de vida do paciente. Ao passo que alterações objetivas no desempenho salivar, quantitativas e qualitativas, são referidas como disfunções das glândulas salivares. As múltiplas funções da saliva foram reconhecidas. Ela é importante para o paladar, mastigação, deglutição, digestão, manutenção dos tecidos orais moles e duros, controle da população microbiana oral, voz e articulação da fala. O fluxo salivar adequado intensifica o movimento da língua e dos lábios, que auxilia na limpeza da cavidade oral removendo fragmentos de alimentos e bactérias (FOX, SILVERMAM, et al., 2004).

O diagnóstico de síndrome de Sjögren primária é estabelecido quando o paciente apresenta ressecamento dos olhos e/ou da boca. A avaliação da boca revela as manifestações clássicas da



síndrome. Através desses sintomas o diagnóstico é firmado por meio da história, exame físico, estudos laboratoriais e biópsia do tecido. No exame histológico, podem-se encontrar focos de infiltração linfocitária, atrofia acinar, hipertrofia do epitélio ductal e, conseqüentemente, obstrução gradual da luz do ducto (REGEZI, SCIUBBA, et al., 2002; AMENÁBAR, MARTINS, et al., 2004; KASPER, BRAUNWALD, et al., 2006).

O tratamento do paciente com a Síndrome de Sjögren é principalmente de suporte. Os olhos devem ser lubrificados com lágrimas artificiais sempre que necessário. Para aliviar os sintomas da xerostomia, pode-se usar salivas artificiais que ajudam a manter a boca úmida, gomas de mascar sem açúcar, ou balas que estimulem a salivação. Manter uma boa higiene oral e uso tópico de flúor para evitar cáries. Se houver hipofunção salivar grave, pode-se tentar o uso da pilocarpina via oral, 5 mg, quatro vezes ao dia (KIGNEL, 2007; GOMES E RAYMUNDI, et al., 2008; NEVILLE, DAMM et al., 2009).

Sabendo da importância da saliva para a manutenção da saúde bucal, este trabalho se propõe a analisar a causa e os efeitos bucais da xerostomia nos portadores da Síndrome de Sjögren, objetivando orientar o cirurgião-dentista quanto a sua responsabilidade frente ao diagnóstico e apoio odontológico aos síndrômicos.

MATERIAL E MÉTODOS:

O presente trabalho constitui-se em uma pesquisa de caráter exploratório baseado em revisões literárias.

A pesquisa foi elaborada e fundamentada utilizando literaturas da área da saúde acerca do tema proposto, livros de patologia, histologia e fisiologia bucal publicados entre o ano de 1993 a 2009, além de base de dados como Scielo na qual estão disponíveis artigos científicos.

As palavras chaves utilizadas foram: xerostomia, glândulas salivares e Síndrome de Sjögren.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

A xerostomia é um dos principais sintomas dos portadores da Síndrome de Sjogren. “Pesquisa realizada com 15 pacientes, todas do sexo feminino, foram avaliadas no ambulatório de Estomatologia do Departamento de Otorrinolaringologia da Santa casa de São Paulo, com suspeita de Síndrome de Sjogren. Os sintomas orais de boca seca estavam presentes em 13 pacientes (86%)” (LIQUIDATO, BUSSOLOTI, et.al., 2002).

Kasper e Braunwald, et al., (2006) reafirmam que o principal sintoma oral da Síndrome de Sjögren é a xerostomia. Sendo xerostomia, sensação de boca seca, ocasionado pela diminuição ou ausência de saliva, assim como mostra a figura 1 (CAMPOSTRINE, 2004).



Figura 1 – Sensação de Boca seca - TEMAS DE REUMATOLOGIA CLÍNICA - VOL. 9 - Nº 1 – Março de 2008.

Segundo Avery (2005), as glândulas salivares humanas são importantes órgãos da cavidade bucal que produzem saliva, um fluido essencial necessário para a fala, o paladar, a mastigação, a deglutição e a digestão normais. Para Ferraris e Munõz (2006), a saliva exerce ainda funções anti-cariogênicas e imunológicas. E o comprometimento das glândulas salivares interfere na produção e quantidade do fluxo salivar.

Foram submetidos na Santa Casa de São Paulo 15 pacientes com suspeita de SS a um exame anatomopatológico da biópsia de glândulas salivares menores, e em 8 desses pacientes tiveram como

achado, focos de infiltrado inflamatório (LIQUIDATO, BUSSOLOTI et al., 2002). Sendo que a diminuição característica das lágrimas e da saliva (síndrome sicca) é resultante de infiltração linfocítica e fibrose nas glândulas salivares, assim como mostra na figura 2 (COTRAN, KUMMAR et.al., 2000; KUMMAR, ABBAS et al., 2005).

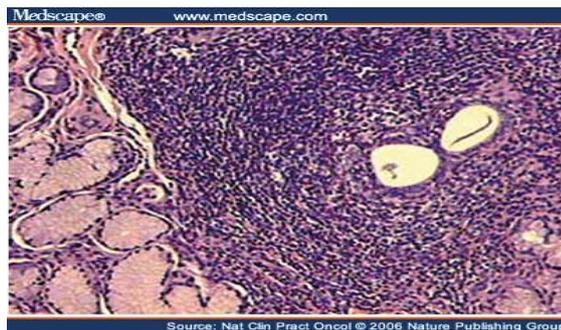


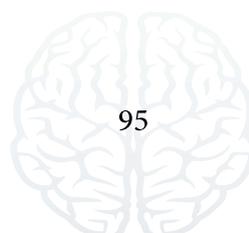
Figura 2 – exemplo de slide histológico preparado a partir da biopsia de uma glândula salivar labial que revelou infiltrado linfocítico em 2 focos separados.

A etiologia da xerostomia envolve causas locais e sistêmicas. De acordo com Neto, Sugaya (2004) existe várias doenças que podem causá-la, entre elas as auto-imunes, principalmente a Síndrome de Sjögren primária (síndrome sicca) e a secundária.

Felberg, Dantas (2006), citam que os pacientes também apresentam necessidade de umedecer a boca frequentemente, e ingestão de líquidos durante a noite com comprometimento da qualidade do sono. Santos, Figueiredo, et al., (2001), relatam que todas essas conseqüências alteram o estado de saúde do indivíduo, causando-lhe muito desconforto, razão pela qual se justifica a realização de pesquisas que procurem uma solução eficaz para a xerostomia.

A Saliva é essencial para a saúde bucal, na ausência de salivação, os tecidos orais são ulcerados e infectados e as cáries dentárias são inúmeras. Segundo Guyton e Hall (2002), a boca é repleta de bactérias patogênicas que facilmente podem destruir os tecidos e causar cárie dentária.

De acordo com Katchburian, Arana, (2004) a diminuição do fluxo salivar ocorre devido à presença de patologias gerais ou locais, pode resultar em xerostomia (boca seca) que dependendo da



intensidade pode aumentar a susceptibilidade a infecções, cárie dentária e moléstia periodontal. E Nanci (2008) fala ainda que indivíduos com deficiência na secreção salivar experimentam dificuldade de mastigar, falar e engolir e tornam-se propensos a ter infecções da mucosa e cárie rampante, como mostra a figura3.



Figura 3- <http://saude.culturamix.com/doencas/sindrome-de-sjogren> 2010.

No que se refere à etiologia da Síndrome de Sjögren, Langlais, Miller et al., (2009) falam que a causa da doença permanece desconhecida. Porém, para Amenábar, Martins et al., (2004) fatores genéticos e ambientais podem participar do desenvolvimento e do curso clínico da doença, e até mesmo que alguns vírus, como Epstein-Barr, da hepatite C e outros retrovírus têm sido associados à etiopatogênese da SS.

Para Langlais, Miller et al., (2009) a prevalência da SS é baixa, estima-se que afete de 1% a 4,2% da população, sendo que a maioria dos casos não é diagnosticada. Dentre os casos confirmados, entre 2.000 pessoas, 1 é afetada, destes 90% são mulheres e geralmente se manifesta entre 35 e 50 anos de idade. Concordando com esses dados Mello (2005) diz que 90% dos pacientes com Síndrome

de Sjögren são mulheres após a menopausa, com 50 anos de idade ou mais.

Goldman, Ausiello (2005) diz que a incidência da SS aumenta com a idade e é praticamente ausente em crianças. Em contrapartida Kasper, Braunwald et al., (2006) falam que a doença pode ser observada em todas as faixas etárias, incluindo a infância.

É imprescindível que o diagnóstico da Síndrome de Sjögren seja confirmado para que o tratamento seja efetuado, até o momento a SS não tem cura, o tratamento é baseado no alívio dos sinais e sintomas. Para Pedrazas, Azevedo et al., (2007) o manejo do paciente deverá abranger medidas de prevenção e de limitação de dano e irá depender de diversos fatores que vão desde o diagnóstico, até utilização de medicamentos apropriados.

Vários produtos estão disponíveis na indústria farmacêutica para amenizar a sensação de boca seca causada pela diminuição da saliva, que irão substituir ou compensar as funções da saliva.

De acordo com Neville, Damm et al., (2009) as salivas artificiais estão disponíveis para o tratamento da xerostomia, e seus sintomas geralmente podem ser aliviados pelo uso de produtos de higiene oral que contenham lactoperoxidase, lisozima e lactoferrina, e pode-se usar medicamentos sialogogos, como a pilocarpina.

A pilocarpina é um medicamento que aumenta a secreção salivar por estimulação do sistema nervoso autônomo (SNA), tanto simpático quanto parassimpático (NETO, SUGAYA, 2004). Cada droga age em um sítio específico do SNA, provocando por consequência, diferentes respostas, permitindo ao profissional selecionar aquela que atenda mais às necessidades do paciente. Tais substâncias estimulam o sistema exócrino, responsável pelo estímulo de glândulas oftálmicas, sudoríparas, secreções vaginais, hidratação da pele, aumento da expectoração e sistema urinário, entre outras funções (VIVINO, AL-HASHIMI et al., 1999).

Almeida, Kowalski (s.d) relata que 5 pacientes com xerostomia foram submetidos ao uso de pilocarpina, como resultado esses pacientes tiveram o alívio da xerostomia. O efeito colateral comumente relatado pelos pacientes foi a sudorese observado em 4 dos 5 pacientes. Dois pacientes



relataram melhora significativa na sensação de boca seca, mas um deles apresentou diversos efeitos colaterais considerando o uso por longo período inaceitável.

Para Taylor & Al-Hashimi, 1996, destaca que os principais efeitos adversos clássicos citados na literatura associados ao uso da pilocarpina merecem destaque o rubor facial, a sudorese excessiva, náuseas, vômitos, distúrbios gastrintestinais, cefaléia, aumento da frequência urinária, alterações cardíacas, vasculares, musculatura lisa, entre outras.

Em contrapartida Batista Neto (2003) acredita que os ensaios clínicos apontam efeitos colaterais mínimos, quando estes ocorrem geralmente encontram-se o rubor facial e aumento da atividade intestinal, nada mais severos. Portanto a pilocarpina pode ser ministrada ao enfermo desde que seja feita uma avaliação médica prévia para descartar qualquer distúrbio sistêmico passível de complicação com o uso da droga.

O tratamento do paciente com a Síndrome de Sjögren é principalmente de suporte e essencialmente sintomático (REGEZI, SCIUBBA et al., 2002). Contudo, Jonhson et al., (1993) afirma que nenhuma dessas modalidades de tratamento possibilita a solução definitiva das diversas condições clínicas, anteriormente citadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na literatura pesquisada nota-se que a prevalência da SS é baixa devido à falta e a dificuldade de diagnóstico. Isto ocorre muitas vezes porque o próprio paciente desconhece ser portador da síndrome, relacionando os sintomas presentes como fatores comuns da idade avançada, principalmente as mulheres que associam a não produção de muco com o período da menopausa. Outro fator relevante é a necessidade da realização da biópsia das glândulas salivares menores para obtenção de um diagnóstico preciso. Sendo que a execução deste procedimento requer uma equipe multidisciplinar impondo certo obstáculo financeiro e psicológico para o paciente.



É necessária a percepção minuciosa por parte do cirurgião-dentista em verificar os sinais apresentados pelo paciente, onde vários profissionais desconhecem a SS não correlacionando a xerostomia com a mesma, e também por não realizar anamnese e exame clínico extra e intra bucal corretamente, para posteriormente encaminhar ou trata.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Juliana; KOWALSKI, Luiz Paulo. Pilocarpina no tratamento de xerostomia em pacientes submetidos à iodoterapia: estudo piloto, sd.

AMENÁBAR, José Miguel; MARTINS, Gabriela; CHERUBINI, Karen. Síndrome de Sjögren: Uma abordagem estomatológica. R. Ci. Med. Biol. Salvador, v.3, n.1, pg124\129, jan\jun,2004.

AVERY, James. Desenvolvimento e Histologia Bucal, 3ªed., São Paulo: Santos, 2005.

BAPTISTA, Neto, C. Avaliação do uso da Pilocarpina em pacientes submetidos à radioterapia na região de cabeça e pescoço para controle da xerostomia. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo-FOUSP, 2003.

CAMPOSTRINI, Eliana. Odontogeriatrics, Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

COTRAN, Ramzi; KUMAR, Vinay; COLLINS, Tucker. Patologia Estrutural e funcional, 6ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

FELBERG, Sergio; DANTAS, Paulo. Diagnóstico e tratamento da Síndrome de Sjögren. Arq. Bras.



Oftalm. São Paulo – SP, 2006; 69(6)959-63.

FERRARIS, M^a. Elsa; MUÑOZ, Antonio. Histologia e Embriologia Bucodental, 2^a ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis. Tratado de Medicina Interna, tradução da 22^aed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2005

GOMES, Rafael; RAYMUNDI, Silvia. Elementos de diagnóstico e de terapêutica da: Síndrome de Sjögren. Rev. Temas de Reumatologia Clínica, vol.9, n.1, março, 2008.

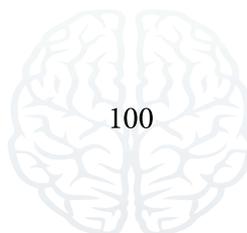
GYTON, Arthur; HALL, John. Tratado de Fisiologia Médica, 10 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

JOHNSON, Jonas; et al. Pilocarpina oral para pós-irradiação Xerostomia em Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço. N. Engl. J. Med. 1993,329:390-395, 05 de agosto,1993.

KASPER, Dennis; et al. Harrison Medicina Interna, 16^aed. Volume II, Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2006.

KATCHBURIAN, Eduardo; ARANA, Victor. Histologia e Embriologia Oral, 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

KIGNEL, Sérgio, e colaboradores, Estomatologia-Bases do diagnóstico para o clínico geral, São Paulo: Santos, 2007.



KORN, Gustavo; PUPO, Daniella; QUEDAS, Araken; BUSSOLOTI, Ivo. Correlação entre o grau de xerostomia e o resultado da sialometria em pacientes com Síndrome de Sjögren. *Revista Brasileira De Otorrinolaringologia*, v.68, n.5, 624-8, set/out, 2002.

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul; FAUSTO, Nelson. *Bases Patológicas das Doenças*, tradução da 7ª ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

LANGLAIS, Robert; MILLER, Craig; GEHRID, Jill. *Atlas Colorido de Doenças da Boca*, 4ª ed., Rio de Janeiro: Revinter, 2009.

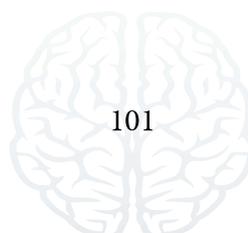
LIQUIDATO, Bianca; BUSSOLOTI, Ivo; CAMARGO, Ana Cristina; SOLER, Rita. Aspectos do diagnóstico na Síndrome de Sjögren. *Revista Brasileira De Otorrinolaringologia*, v. 68 n.3, São Paulo, maio de 2002.

MELLO, Hilton. *Odontogeriatria*, São Paulo: Santos, 2005.

NANCI, Antonio. *Ten Cate Histologia Oral Desenvolvimento, estrutura e função*, trad. da 7ª ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

NETO, Caetano; SUGAYA, Norberto. Tratamento da xerostomia em pacientes irradiados na região da cabeça e pescoço. *Revista Biociência*, v.10, n.3, Taubaté/SP, jul/set, 2004.

NEVILLE, Brad; DAMM, Douglas; ALLEN, Carl, BOUQUOT, Jerry. *Patologia Oral e Maxilofacial*, tradução da 3ª ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.



PEDRAZAS, Carlos Henrique; AZEVEDO, Mário; TORRES, Sandra. Manejo do paciente com hipossalivação. *Revista Perio News*, 2007; 1(4): 369-73.

REGEZI, Joseph; SCIUBBA, James; POGREL, Anthony. *Atlas de Patologia Oral e Maxilofacial*, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

RUBIN, Emanuel; GORSTEIN, Fred; SCHWARTING, Roland; STRAYER, David. *Bases Clínico patológicas da medicina*, 4ªed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SANTOS, Rubem; FIGUEREIDO, Maria Antonia; CHERUBIN, Karen, KRAPF, Stela. Uso de goma de mascar: um método eficiente e seguro para controlar a xerostomia? *Revista Da Faculdade De Odontologia, Passo Fundo*, v.6, n.2-p. 53-56, jul/dez, 2001.

SILVERMAN, Sol; EVERSOLE, Roy; TRUELOVE, Edmond. *Fundamentos de Medicina Oral*, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

TAYLOR, S.E., Al-Hashimi I. Pilocarpine, an old drug; a new formulation. *Texas Dental Journal*, v. 113, n. 10-12, p. 9-13, 1996.

VIVINO F.B.; et al. Pilocarpine tablets for the treatment of dry mouth and dry eye symptoms in patients with Sjögren syndrome. *Arch Intern Med*, v. 159, n. 2, p. 174-81, 199.

